



СРЕДНО УЧИЛИЩЕ "ИВАН ВАЗОВ" – БЛАГОЕВГРАД

област: Благоевград, община Благоевград, 2700 Благоевград, кв. "Струмско",
ул. "Яне Сандански" №1, тел.:073/840075 E-mail:souivanvazov@abv.bg

До Директора
на СУ "Иван Вазов"
гр. Благоевград

З А Я В Л Е Н И Е

/съгл. чл. 12, ал. 2 от ЗПУО/

От

.....

/име, презиме, фамилия/

Родител/настойник на

ученик/ученичка в училище В

..... клас за учебната/..... Г.

.....

/настоящ, постоянен адрес по местоживее на родителя/настойника/

Господин Директор,

С настоящето заявление избирам детето ми

.....

/име, презиме, фамилия/

записано за ученик/ученичка в на

/клас/

.....

/училище/

за учебната/..... година да упражнява правото си на образование в СУ „Иван Вазов“, гр. Благоевград.

Мотивите за преместването са:

.....

.....

.....

Предоставям телефон за връзка:

.....

/дата/

гр. Благоевград

С уважение: