

ЦЕНТЪР ЗА ПОДКРЕПА ЗА ЛИЧНОСТНО РАЗВИТИЕ
ОБЩИНСКИ ДЕТСКИ КОМПЛЕКС – БАЛЧИК

Вх. №
Дата:
(попълва се от институцията)

До Директора
на ЦПЛР
ОБЩИНСКИ ДЕТСКИ КОМПЛЕКС
гр. Балчик

ЗАЯВЛЕНИЕ

от ЕГН:
ученик/ученичка/ от клас, училище
адрес: гр. (с) ж.к. бл. ап. ет
ул. № дом. тел.:
GSM: e-mail:

Госпожо Директор,

Заявявам, че през учебната 20...../..... година ще участвам в
..... сръководител:

Дата: 20..... г.
гр. Балчик

Ученик:
(подпис)

Съгласен(а) съм детето ми да участва в избраната от него форма(и) към ЦПЛР-ОДК.

Родител:
(подпис)

За контакти: 0579/7-21-79; e-mail: odk@odkbalchik.net web site: www.odkbalchik.net

ЦЕНТЪР ЗА ПОДКРЕПА ЗА ЛИЧНОСТНО РАЗВИТИЕ
ОБЩИНСКИ ДЕТСКИ КОМПЛЕКС – БАЛЧИК

Вх. №
Дата:
(попълва се от институцията)

До Директора
на ЦПЛР
ОБЩИНСКИ ДЕТСКИ КОМПЛЕКС
гр. Балчик

ЗАЯВЛЕНИЕ

от ЕГН:
ученик/ученичка/ от клас, училище
адрес: гр. (с) ж.к. бл. ап. ет
ул. № дом. тел.:
GSM: e-mail:

Госпожо Директор,

Заявявам, че през учебната 20...../..... година ще участвам в
..... сръководител:

Дата: 20..... г.
гр. Балчик

Ученик:
(подпис)

Съгласен(а) съм детето ми да участва в избраната от него форма(и) към ЦПЛР-ОДК.

Родител:
(подпис)

За контакти: 0579/7-21-79; e-mail: odk@odkbalchik.net web site: www.odkbalchik.net