



СРЕДНО УЧИЛИЩЕ „Д-Р ПЕТЪР БЕРОН“
гр. Тополовград, ул. „Варна“ № 2, GSM: +359877212533,
e-mail: info-2611018@edu.mon.bg; http: sou-topolovgrad.com

Вх. №/.....20.....

РАЗРЕШАВАМ,
БОЖАНА ГЕОРГИЕВА
ДИРЕКТОР

ДО
ДИРЕКТОРА
НА СУ «Д-Р ПЕТЪР БЕРОН»
ГР. ТОПОЛОВГРАД

ЗА Я В Л Е Н И Е

ОТ

.....
/име, презиме, фамилия на ученика/

.....
/адрес и телефон за контакти/

ученик в клас, профил/ професия, специалност

Относно: Явяване на изпити за самостоятелна форма на обучение.

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Заявявам желанието си през сесия на учебната 20...../20.....
година да се явя на изпити за клас, както следва:

№	УЧЕБЕН ПРЕДМЕТ	НАЧИН НА ИЗУЧАВАНЕ
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

10.		
11.		
12.		

Дата:
гр. Тополовград

Подпис: