



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

ДО
ДИРЕКТОРА НА
СУ „Д-Р ПЕТЪР БЕРОН“
гр./с. ТОПОЛОВГРАД

З А Я В Л Е Н И Е

от.....
роден/а в.....
Адрес
.....
Тел. за връзка.....
E-mail :

Г-жо Директор,

Моля да бъде записан/а ученик/ичка в..... клас на „Д-р Петър Берон“, гр. Тополовград, самостоятелна форма на обучение за учебната 20..... / 20..... година

Дата :.....

Подпис:.....

Приел документите :
/Фамилия и подпис/

