



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

Приложение № 1

**ДО ДИРЕКТОРА
НА СУ „Д-Р ПЕТЪР БЕРОН“
ГРАД ТОПОЛОВГРАД**

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

От

/име, презиме, фамилия/

родител /настойник/ на

.....,

/име, презиме, фамилия/

подам заявление за приемане в клас на СУ „Д-р Петър Берон“, гр. Тополовград.

Запознат съм с различията в учебния план в приемащото училище. Съгласен/а съм синът/дъщеря ми да положи приравнителни изпити (ако има такива) по:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.

Дата:

Родител:
/подпис/