**СРЕДНО УЧИЛИЩЕ “ ВАСИЛ ЛЕВСКИ “**

**гр. Априлци, обл. Ловеч, ул.”Васил Левски” № 83**

**тел: 06958 - 23 33 ;32-73, e-mail : su.v.levski@gmail.com**

Вх.№………………..

ДО ДИРЕКТОРА

НА СУ “ВАСИЛ ЛЕВСКИ“ ГР. АПРИЛЦИ

**З А Я В Л Е Н Е**

от………………………………………………………………………………………………

(трите имена на родителя)

…………………………………………………………………………………………………

(адрес, телефон)

Родител на………………………………………………………………………………

Ученик/чка в……………за учебна ………/……… година професия, специалност …………………………………………………………………………………………………

Относно: приемане в…………………….клас за учебната 20……./20…….. г.

Уважаема г-жо Директор,

Заявявам желание синът ми / дъщеря ми……………………………………………………

Да бъде приет/а за ученик/чка в ………. Клас за учебнато 20……../20…………г.

Професия, специалност:……………………………………………………………………..

До момента се е обучавал/а в :………………………………………………………………

И има завършен ………………клас, срок.

Надявам се ,че заявеното желание за приемане на сина ми / дъщеря ми в повереното Ви училище ще бъде удовлетворено.

Дата:……………….. С уважение:…………………….

Гр./с………………….. име, фамилия……………………….