**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА СУ „ЙОРДАН ЙОВКОВ“**

**ГР. ТЕРВЕЛ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ЗА ЗАПИСВАНЕ В ПЪРВИ КЛАС ЗА УЧЕБНАТА 20....../ 20...... ГОДИНА**

от...........................................................................................................................................................................

*/ трите имена на родителя по документ за самоличност /*

родител на........................................................................................................................................................,

*/ трите имена на детето /*

домашен адрес:...........................................................................................…телефон: .................................,

 **ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

 Желая детето ми да бъде записано в първи клас в повереното Ви училище за учебната 20....../20...... година.

 Прилагам следните документи:

1. Копие на удостоверение за раждане на детето и оригинал за сверяване;

2. Удостоверение за завършена подготвителна група – оригинал;

4. Други

....................................................................................................................................................................

До момента детето ми е било в IV група на .........................................................................................

 */ детска градина /*

Данни за родителите, необходими за електронната система на МОН:

Майка:............................................................................................................................................................

*/трите имена, телефон и адрес/*

........................................................................................................................................................................

 /*образование, месторабота, длъжност*/

Баща:..............................................................................................................................................................

*/трите имена, телефон и адрес*/

.......................................................................................................................................................................

*/образование, месторабота, длъжност/*

Личен лекар: .................................................................................телефон:.................................................

*Предоставяйки тези данни, давам съгласието си СУ „Йордан Йовков“, гр. Тервел да ги използва за осъществяване на дейностите по приема на деца и ученици за учебната 20..../20....г. Посочената информация ще бъде обработвана и съхранявана в СУ „Йордан Йовков“ според изискванията на Регламент 2016/679/ЕС и прилагането му в образователната институция в съответствие с изискванията със Закона за защита на личните данни. Известно ми е, че за деклариране на неверни данни нося наказателна отговорност по НК.*

Дата:................... С уважение:...................................

 */ подпис /*