**ОСНОВНО УЧИЛИЩЕ “СВ. СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЙ”**

6600 гр. Кърджали директор: 0361/ 6 53 97

гр. Кърджали, тел./факс: 0361/6 59 26, 0361/2 27 33

ул. “Ген. Чернозубов” № 19 web: www.svetii-kardjali.org ; e-mail ou\_svetii\_kj@abv.bg

Вх. № ...........

...............20....г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА ОУ „СВ. СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЙ“**

**ГР. КЪРДЖАЛИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от …………………………………………………………………………....................

родител на ……………………………………………………………………………

ученик/ученичка от ………… клас при ОУ „Св. Св. Кирил и Методий“ гр. Кърджали

адрес: .............................................................................................тел. ...................................

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Желая детето ми .............................................................................................................................

ученик/-чка от ............... клас при ОУ „Св. Св. Кирил и Методий“ гр. Кърджали да бъде записан в група за ЦДО през учебната 20..../20.....година.

дата: ...................... С уважение: ..................

гр. Кърджали / ........................................../