**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 в …….клас

Адрес: …………………………………………………………………………………..

Телефон за връзка ……………………………………………………………………...

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР**,

 Желая, детето ми ………………………………………………………………...

от ………. клас в ОУ „Св. Св. Кирил и Методий“ гр. Кърджали да бъде записан/а в група за предоставяне на допълнителна подкрепа за личностно развитие /ресурсно подпомагане/ за учебната 20..../20......г.

Дата: ………………… С уважение: …………………

Гр. Кърджали