

МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА

Детска градина „Здравец“

*с. Шияково, общ. Гулянци, обл. Плевен, ул. „Иван Мичурин“ №1, info-1500819@abv.bg
тел: 0879822039*

Вх. №

ДО

ДИРЕКТОРА

НА ДГ „ЗДРАВЕЦ“

С. ШИЯКОВО

ЗАЯВЛЕНИЕ

за прилагане на Скрининг тест на дете на 3 год.

От

(трите имена на родителя)

.....

.....

(постоянен адрес, телефон за контакти, e-mail)

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН/ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Заявявам желанието си на детето ми,
ЕГН, да бъде направен Скринингов тест на тригодишна
възраст.

Не желая на детето ми,
ЕГН, да бъде направен Скринингов тест на тригодишна
възраст.

Давам своето съгласие, предоставени от мен лични данни да се обработват за целите на
осъществяване на образователната дейност.

С уважение:
(подпис на родителя/настойника)

Дата:

Гр./с.
