



ЦЕНТЪР ЗА СПЕЦИАЛНА ОБРАЗОВАТЕЛНА ПОДКРЕПА
„ ПРОФ. ДПН ГЕОРГИ АНГУШЕВ”
СОФИЯ, РАЙОН ИЛИНДЕН, БУЛ. „ТОДОР АЛЕКСАНДРОВ” №175
Тел.: 0878 924 661; e-mail: info-2206613@edu.mon.bg

Вх.№

До
Директора на
ЦСОП „Проф. дпн Георги Ангушев”
гр. София

ЗАЯВЛЕНИЕ

от:

/име, презиме, фамилия/

родител/настойник на:

/име, презиме, фамилия/

ученик/чка от клас/група,

Госпожо Директор,

заявявам желанието си, ученикът/чката да бъде записан/а в ГЦОУД в ЦСОП „Проф. дпн
Георги Ангушев” за учебната/..... година.

Родител/настойник:

/подпис/

Дата: