МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА
СРЕДНО УЧИЛИЩЕ „ВАСИЛ ЛЕВСКИ", ГР. РОМАН, ОБЩ. РОМАН, ОБЛ. ВРАЦА
УЛ. „ГЛАВНА" 1, ТЕЛ/ФАКС: 09123/3855, E-MAIL: SOULEVSKIROMAN@ABV.BG

Вх.№……../…….20.... г.

ДО
ДИРЕКТОРА НА
СРЕДНО УЧИЛИЩЕ „ ВАСИЛ ЛЕВСКИ"
ГР. РОМАН

З А Я В Л Е Н И Е

от

……
/трите имена на родителя/

родител на…….……..……..
/трите имена на ученика/
ученик от IX…… клас

Уважаема госпожо Директор,

Заявявам желанието си синът ми/дъщеря ми да изучава в избираемите учебни часове за придобиване на разширена подготовка (8 часа седмично/288 часа годишно) през учебната 20…./20….. година, съгласно училищния учебен план и възможностите на училището, следните предмети:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....

Заявявам желанието си синът ми/дъщеря ми да изучава в IX клас през учебната 2020/2021 година като Втори чужд език …….

Дата: ……
гр. Роман

Ученик:……..
/ подпис/

Родител:…….

/ подпис/