



СРЕДНО ОБЩООБРАЗОВАТЕЛНО УЧИЛИЩЕ "ЙОРДАН ЙОВКОВ"
гр. Сливен; кв. "Българка"; тел. 044/66 72 44; 044/66 74 68; факс 044/66 76 84
e-mail: xsou_sliven@abv.bg

ДО ДИРЕКТОРА
НА СОУ „ЙОРДАН ЙОВКОВ”
ГР. СЛИВЕН

З А Я В Л Е Н И Е

От

/трите имена/

ученик от

през учебната/..... Г.

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

- Изявявам желание да получавам месечна стипендия като ученик без родители.
- Изявявам желание да получавам месечна стипендия като ученик с един родител.
- Изявявам желание да получавам месечна стипендия като ученик с трайно увреждане

/моля, изберете един от посочените варианти и отбележете с „x”/

Прилагам необходимите документи

Надявам се желанието ми да бъде удовлетворено.

Класен ръководител:

/...../

С уважение:.....

/...../