**СРЕДНО УЧИЛИЩЕ,,СВЕТИ СВЕТИ КИРИЛ И МЕТОДИЙ”**

**гр.Завет общ.Завет обл.Разград ул.,,Кирил и Методий”№34**

**GSM 0878684402 –директор; GSM 0879835894 –зам. директор и GSM 0876207330 – ЗАС;**

**e-mail : suzavet@abv.bg**

**ДО ДИРЕКТОРА**

**НА СУ „ СВ.СВ.КИРИЛ И МЕТОДИЙ“**

**ГР.ЗАВЕТ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

От трите имена:

………………………………………………………………………………………………..

адрес:

………………………………………………………………………………………………..

родител на :

……………………………………………………………………………………………….

на ……………………………..година, от ………………………………клас/група

Госпожо/Господин Директор,

Заявявам желанието си, през ………………../……………….учебната година на детето ми да бъде предоставена обща подкрепа за личностно развитие под формата на :

* допълнително обучение по следните учебни предмети:

………………………………………………………………………………………..

* допълнителни консултации по учебни предмети
* консултации по учебни предмети
* кариерно ориентиране
* занимания по интереси
* грижа за здравето
* превенция на насилието и преодоляване на проблемното поведение
* ранно оценяване на потребностите и превенция на обучителните затруднения

 дата:………………………..

 гр./с. ……………………….

 С уважение: ………………………………