



СРЕДНО УЧИЛИЩЕ „ПЕТКО РОСЕН” – БУРГАС

8011 гр. Бургас
к-с „Меден рудник“

Тел./факс 056/ 852 - 184; 852 - 187
E-mail: info-200233@edu.mon.bg

Приложение 3

ДО
ДИРЕКТОРА
НА СУ „ПЕТКО РОСЕН“
ГРАД БУРГАС

З А Я В Л Е Н И Е

ОТ
/трите имена на ученика /

адрес:

ученик от през учебната 2026/2027 г.

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Изявявам желание да получавам стипендия по чл. 4, ал. 1, т. 3 от ПМС № 328/21.12.2017 г.
- за подпомагане на ученици с трайни увреждания през учебната 2026/2027 година.

Прилагам:

1. Копие на медицински документ, удостоверяващ обстоятелствата около точното заболяване.

Надявам се желанието ми да бъде удовлетворено.

С уважение:
/ подпис /

Класен ръководител:
/ име, фамилия, подпис /

Дата:

Родител: -
/ име, фамилия, подпис /