

Вх.№...../.....202.....г.

ДО ДИРЕКТОРА
НА ЦСОП „Д-р ПЕТЪР БЕРОН“
ГР. ВИДИН

ЗАЯВЛЕНИЕ - ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният /ната:

.....
/име, презиме, фамилия /

Адрес:.....
/област, населено място, община/

.....ТЕЛ:.....
/ж.к., бул., ул., №, бл., вх., ап./

в качеството си на.....,
/родител/родители, настойник/настойници, попечител/попечители, лице/лица, полагащо*полагащи
грижи по Закона за закрила на детето/
на детето

.....,
/име, презиме, фамилия/
ученик/чка в клас на ЦСОП „Д-р Петър Берон“, гр. Видин

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

с настоящето **З А Я В Я В А М :**

Няма да предоставям за прием лекарства под каквато й да е форма, на синът ми
.....
за времето през което пребивава в ЦСОП – Видин, в рамките на учебният ден
организиран за обучение и възпитание, занимания по интереси, терапевтична подкрепа
и др.

Задължавам се да при необходимост от прием на лекарства по предписание,
същите да бъдат давани и взимани от детето им, извън ЦСОП – Видин, в друго удобно
време, с това обстоятелство няма да бъде ангажиран екипа на ЦСОП „Д-р Петър
Берон“, гр. Видин.

Дата: 202.....г.

Декларатор:

1.

/име и подпис/