

9. ФРЕНСКА ЕЗИКОВА ГИМНАЗИЯ „АЛФОНС ДЪО ЛАМАРТИН”

гр. София, п.к. 1000, бул. „Патриарх Евтимий” № 35

Директор: 029308022, зам. директори: 029308026, 029308024, 029308012, канцелария: 029308020, e-mail:lycee@feg.bg

вх. №

БАЛ:

			.		
--	--	--	---	--	--

**ДО ДИРЕКТОРА
НА 9.ФЕГ „АЛФОНС ДЪО ЛАМАРТИН“
ГРАД СОФИЯ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

за попълване на свободните места след четвърти етап

ОТ
/три имена на ученика/

ЕГН:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Живущ/а: област....., община.....,

гр./с., П. К.,

ж.к. / ул., №, бл., вх., ет., ап.,

тел. за контакт:

Прилагам следните документи:

1. Оригинал на свидетелство за основно образование.

Подпис на ученика:.....

Родител/настойник
име, фамилия, телефон подпис

Приел заявлението
име, фамилия подпис

гр. София

Дата: 20.08.2024 г.