



ОСНОВНО УЧИЛИЩЕ "ЮРИЙ ГАГАРИН" – СЛИВЕН
тел./факс: 044/624537; GSM: 0877788935; E-mail: ou_gagarin@abv.bg

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният, родител на

....., ученик от, клас,

ЕГН, декларирам, че през учебната година желая

детето ми да изучава:

1.

1. Чужд език

Избор от: английски, френски, руски език

Дата.....

Подпис на родител:..... Подпис на ученик:.....

Заявявам, че предоставям моите и на детето ми лични данни за обработване на училищната документация.