



Nr. _____ / _____

Aprobat, Comisia de management al burselor

Verificat, Diriginte, _____

Clasa _____

Către COMISIA DE MANAGEMENT AL BURSELOR ȘCOLARE

CERERE PENTRU ACORDAREA BURSEI SOCIALE MEDICALEArt. 13. — (1)

c) elevi care au deficiențe/afectări funcționale produse de boli, tulburări sau afecțiuni ale structurilor și funcțiilor organismului, încadrate conform criteriilor din anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. 1.306/1.883/2016 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora, cu modificările și completările ulterioare, și structurate tipologic conform aceluiași act normativ, fără a se lua în considerare nivelul venitului mediu pe membru de familie;

d) elevi cu afecțiuni oncologice și/sau cronice școlarizați, pentru o perioadă mai mare de 4 săptămâni, în cadrul „Școlii din Spital” sau la domiciliu, fără a se lua în considerare nivelul venitului mediu pe membru de familie;

e) elevi care revin după școlarizarea din cadrul „Școlii din Spital” în unitatea de învățământ la care au fost înmatriculați anterior, fără a se lua în considerare nivelul venitului mediu pe membru de familie;

Numele și prenumele părintelui/tutorei legale: _____

Numele și prenumele elevului/ei: _____

Clasa: _____

Prin prezenta, vă rog să acordați fiului/fiicei mele bursa medicală în anul școlar 2025-2026.

Anexez următoarele acte/documente (se bifează documentele anexate, după caz):

- copie C.I. sau copie certificat de naștere al elevului (pentru elevii cu vârsta sub 14 ani);
- copie C.I. ale părinților/tutorilor legali;
- Certificat de încadrare în grad de handicap sau certificat medical **tip A5**, eliberat de o unitate abilitată de Direcția Județeană de Sănătate Publică Dolj, în **original**, în care să fie precizate de către medic următoarele aspecte:
 - diagnosticul complet;
 - codul/codurile bolii;
 - **menționarea deficienței/afectării** funcționale produse de boala de care suferă copilul, **încadrată conform criteriilor din Anexa nr. 1** la Ordinul ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. 1.306/1.883/2016;
 - în cazul afecțiunilor oftalmologice, precizarea valorii acuității vizuale **cu (după) corecție**;
 - **termenul de valabilitate** al certificatului.
 - semnătura directorului și ștampila unității medicale **acreditate** care a eliberat certificatul.
- extras de cont. Contul va fi deschis pe numele elevului. Nu se folosesc conturi de economii, conturi Revolut.

Am luat cunoștință de prevederile din H.G. nr.732/2025 privind aprobarea Metodologiei-cadru de aprobare a burselor elevilor din învățământul preuniversitar de stat.

Declar pe proprie răspundere că informațiile de mai sus și actele doveditoare anexate corespund realității și am luat cunoștință că în caz contrar voi pierde dreptul la bursă pe toată perioada care urmează și voi suporta consecințele legislației în vigoare (fals și uz de fals în acte).

Am fost informat(ă) cu privire la prevederile Regulamentului (UE) [2016/679](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei [95/46/CE](#) (Regulamentul general privind protecția datelor) și îmi dau consimțământul pentru prelucrarea, transmiterea și stocarea datelor cu caracter personal în cadrul instituțiilor M.E.C.

Data _____

Semnătura părinte/tutore legal _____

Date de contact:

Str. Henri Coandă nr. 48, Craiova, jud. Dolj

CP: 200556, CIF: 4830023

Tel/fax: 0251/542257 și 0351/807043

E-mail and Social media (QR code):

Liceul Teoretic "Henri Coandă", Craiova
"Aici construim împreună viitorul!"