



Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2024

Aprobat / Respins

Director, \_\_\_\_\_

Avizat Diriginte,

Numele și prenumele \_\_\_\_\_,

Semnătura,

Doamnă Director,

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ în calitate de părinte/susținător legal al elevului/ei \_\_\_\_\_ din clasa \_\_\_\_\_, an școlar 2024-2025, vă rog să aprobați acordarea **bursei sociale (elev/ă care are deficiențe/ afectări funcționale produse de boli tulburări/ afecțiuni ale organismului încadrate conf. criteriilor din anexa I la OMS și al OMM nr. 1306/1883/2016)** pentru fiul / fiica mea, în anul școlar 2024-2025.

Anexez documentele doveditoare.

Data,

Semnătura,

