



54. СРЕДНО УЧИЛИЩЕ - „СВ. ИВАН РИЛСКИ“

София, ул. „Йордан Хаджиконстантинов“ №38, тел: 02/9381187;
e-mail: school54_sofia@abv.bg

До Директора
на 54. СУ „Св. Иван Рилски“
София

ЗАЯВЛЕНИЕ за ЗИП

От.....
/трите имена на родител, настойник/

Телефон за връзка:

Госпожо Директор,

Желяя синът/дъщеря ми, ,
/трите имена на ученика/

ученик/чка отклас, да бъде включено в групата за задължително избираема
подготовка (ЗИП) през учебната 20...../20..... г. по предметите:

1.....

2.....

3.....

Дата:
СОФИЯ

Декларатор:.....
/Име, фамилия, подпис/