



**СРЕДНО ОБЩООБРАЗОВАТЕЛНО УЧИЛИЩЕ “ЙОРДАН ЙОВКОВ”**  
гр. Сливен; кв. “Българка”; тел. 044/66 72 44; 044/66 74 68; факс 044/66 76 84  
e-mail: [xsou\\_sliven@abv.bg](mailto:xsou_sliven@abv.bg)

---

ДО ДИРЕКТОРА  
НА СОУ „ЙОРДАН ЙОВКОВ”  
ГР. СЛИВЕН

### З А Я В Л Е Н И Е

От .....

*/трите имена/*

ученик от .....

през учебната ...../..... Г.

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

- Изявявам желание да получавам месечна стипендия като ученик без родители.
- Изявявам желание да получавам месечна стипендия като ученик с един родител.
- Изявявам желание да получавам месечна стипендия като ученик с трайно увреждане

*/моля, изберете един от посочените варианти и отбележете с „x”/*

Прилагам необходимите документи

Надявам се желанието ми да бъде удовлетворено.

Класен ръководител: .....

*/...../*

С уважение:.....

*/...../*