



NR. /

Aprob,
Director,

Domnule Director,

Subsemnatul/a,.....,
CNP....., cu domiciliul în.....
....., posesor al C.I./B.I serianr., în
calitate de părinte/tutore legal al elevului/elevei
....., din clasa a, vă rog să-mi aprobați
prezenta cerere pentru acordarea **bursei sociale pentru motive medicale**, conform
OME 5518/2024, art.10 (e) , în anul școlar 2024-2025.

Declar pe proprie răspundere că sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal,
conform Regulamentului nr.679/2016 pe care le furnizez prin prezenta cerere și documentele
anexate, în vederea obținerii bursei.

Anexez la prezenta cerere următoarele documente, după caz :

- certificatul de încadrare în grad de handicap sau a certificatului eliberat de medicul specialist (tip A5)
- copie certificat de naștere copil
- copie CI părinte
- extras de cont

Telefon părinte:

Data,

Semnătura,