



CENTRUL ȘCOLAR DE EDUCAȚIE INCLUZIVĂ,
ORAȘUL VĂLENII DE MUNTE
Str. Berceni, nr. 42A, Tel/Fax: 0244.281949; E-mail:
scspec.valeni@gmail.com

Nr. /

CERERE
pentru acordarea bursei de ajutor social pentru **motive medicale**

Subsemnatul/a,, părinte / tutore al
elevului/ei, din cadrul Centrului
Școlar de Educație Incluzivă , Orașul Vălenii de Munte, clasa, vă rog să aprobați
acordarea unei **burse de ajutor social – medicală** fiului/fiicei mele, pentru anul școlar
20...../20.....

Menționez că fiul/fiica mea suferă de

Anexez următoarele acte necesare acordării bursei solicitate:

- certificat tip A5 / certificat grad de handicap eliberat de medicul specialist și avizat de medicul de familie (cu mențiunea pentru bursă medicală);
 - Copie după certificatul de naștere al elevului;
 - Copie după actul de identitate al părintelui.
-
- Declar pe proprie răspundere că informațiile de mai sus și actele doveditoare anexate corespund realității și iau la cunoștință că, în caz contrar, voi pierde dreptul la bursă pe toată perioada care urmează și voi suporta consecințele în vigoare (fals și uz de fals).
 - Declar pe propria răspundere că am luat cunoștință de prevederile Regulamentului 679/2016 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.

Data :

Semnătura părinte :

Semnătura președinte comisie :

Semnătura diriginte :