

З А Я В Л Е Н И Е

за членство

От :

1.
/ трите имена на родител / настойник или друго /

ЕГН

2.
/ трите имена на родител / настойник или друго /

ЕГН

Постоянен адрес: гр./собласт община

ж.к.....ул№ бл.

вх. ет. ап.

Тел. факс.

E-mail web-site

В качеството си на

*/ родител, настойник, друго –
попълва се в случаите, когато кандидатът има дете с увреден слух в семейството си /*

На

/ трите имена на детето /

дата на раждане: ЕГН:

Учебно заведение / детска градина:

/ уточнява се учебно заведение, настояща рехабилитация /

Причина за увреждането /заболяване, при раждане, болести по време на
бременността и др./

.....

- Прилагам копие от ТЕЛК.
- Приемам Устава на организацията и желая да членувам в Асоциация на родителите на деца с увреден слух.

Дата:

С уважение