Детска градина №113”Преспа”

София 1000, ул. „Преспа” №3, тел. 987 61 25, 981 59 82, факс 981 59 82,E-mail:dg113@abv.bg

Вх. №……......./………………… г.

 **ДЕКЛАРАЦИЯ**

Долуподписаните..............................................................................................
и..........................................................................................................................
Родители на ........................................................................................................................
от група....................

Дом. адрес:...............................................................................................................

Месторабота на майката ........................................................................................
GSM..........................................
Месторабота на бащата........................................................................................... GSM...........................................

ДЕКЛАРИРАМЕ, че детето ни ще бъде водено и взимано от детската градина от пълноленти лица, както следва:

1...................................................................

2...................................................................

3....................................................................

4......................................................................

/трите имена, дата на раждане, родство /

Забележка:............................

Дата................

Декларатор......................