

Nr. \_\_\_\_\_ 2024

**DOMNULE DIRECTOR,**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_,  
domiciliat în \_\_\_\_\_ str \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_ bl \_\_\_\_\_ sc \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ ap \_\_\_\_\_ județ/sector \_\_\_\_\_  
telefon \_\_\_\_\_ în calitate de părinte/reprezentant legal al  
copilului \_\_\_\_\_ elev în clasa  
\_\_\_\_\_ an școlar 2024 - 2025, la Școala Gimnazială Nr. 117, prin prezenta solicit  
acordarea în anul școlar 2024 – 2025 a bursei **SOCIALE pentru elevii cu afecțiuni oncologice  
și/sau cronice școlarizați, pentru o perioadă mai mare de 4 săptămâni, în cadrul “Școlii din  
Spital” sau la domiciliu.**

Anexez prezentei cereri (*bifați documentele, după caz*):

- copie certificat naștere copil;
- copie C.I. părinți/reprezentanți legali;
- documente medicale care conțin diagnosticul;
- documente care atestă perioada de școlarizare în cadrul “Școlii din Spital” sau la domiciliu;
- extras de cont, banca \_\_\_\_\_, titular \_\_\_\_\_.

Data,

\_\_\_\_\_

Semnătura,

\_\_\_\_\_

Domnului Director al Școlii Gimnaziale Nr. 117, București

--