



MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE

CENTRUL JUDEȚEAN DE RESURSE ȘI ASISTENȚĂ EDUCAȚIONALĂ GALAȚI

Cod Fiscal: 18642828, Str. Portului Nr.57 BIS, Galați,

tel / fax: 0236 / 311158, email: cjrae.galati@gmail.com

Nr. _____ / _____

Doamna / Domnule Director

Subsemnata/ul _____,
în calitate de părinte/tutore legal al copilului _____,
născut la data de _____, cu domiciliul în (strada, nr, bl, localitate,
judet.) _____

în conformitate cu Anexa nr. 2 la Ordinul MEN nr. 3434/25.03.2013, solicit evaluarea
psihosomatică a acestuia, în vederea înscrierii în anul școlar 2013-2014 în:

clasa pregătitoare

clasa I

Mentionez că:

✓ în anul școlar 2012-2013, copilul _____ este
înscriș și frecventează grupa _____ din cadrul Grădiniței

✓ copilul (fiul/fiica) _____ nu frecventează gradinița.

✓ copilul domiciliază în circumscripția Școlii _____

Date de contact: nr. tel: _____

Data: _____

Semnătura părintelui / tutorelui legal
