

Nr. _____ / _____

Nr. _____ / _____

AVIZAT ȘCOALA GIMNAZIALĂ NR. 197
Aprobat / Neaprobat în C.A.
din data de _____

AVIZAT ȘCOALA _____

Director,

Elevul a terminat cls. _____

Limba străină I _____

Limba străină II _____

Director,

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnații _____ și

_____ cu domiciliul în _____

_____ Str. _____, Nr. _____, Bl. _____, Sc. _____, Ap.

_____, Sector _____, e - mail _____, telefon mobil _____

în calitate de _____, vă rog să aprobați transferul fiului (ficei) meu (mele)

_____ elev în clasa _____ la

_____, Județ / Sector _____ an școlar 20 ____ / 20____, la

Școala Gimnazială Nr. 197 .

Menționez că solicit transferul din următoarele motive _____

Prima limbă _____, A doua limbă _____

Conform Regulamentului Școlar, elevul are dreptul - **în limita a 40 ore de curs / an școlar** absențe motivate de părinte, fără a depăși 20% din numărul de ore alocat unei discipline ; în caz de îmbolnăvire având datoria să prezinte adeverința / scutirea medicală în termen de **7 zile** de la reînceperea cursurilor.

Declar pe propria răspundere că am luat la cunoștință de drepturile prevăzute de Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal, libera circulație a acestor date, prevederile regulamentului auniunii aeuropene 2016/679 și sunt de acord ca acestea să fie soluționate și prelucrate în aplicațiile electronice ale MEN/ISJ/Unitate de învățământ precum și în cazul altor instituții publice, începând cu data înscrierii în învățământul primar/gimnazial .

Nume, Prenume, Semnătura,

Data _____

Mama _____

Tata _____