

З Р А З О К

Директору
КЗ «Галицівський ЗЗСО І-ІІІ ст.»
(повне найменування закладу освіти)
О.Я.Михайлюк
(прізвище та ініціали директора)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника чи
одного з батьків дитини)

який (яка) проживає за адресою:

(адреса фактичного місця проживання)

Контактний телефон _____

Адреса електронної поштової скриньки:

ЗАЯВА ПРО ФАКТ БУЛІНГУ

Прошу розібратися по питанню _____

ОПИС СИТУАЦІЇ ТА КОНКРЕТНИХ ФАКТІВ

(дата)

(підпис)