



MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE ȘI CERCETĂRII ȘTIINȚIFICE
CENTRUL JUDEȚEAN DE RESURSE ȘI ASISTENȚĂ EDUCAȚIONALĂ GALAȚI

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

Tel: 0236 / 311158, fax: 0236 / 411021, email: cjrae.galati@gmail.com

Nr. _____ / _____

Doamnă / Domnule Director,

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

în conformitate cu Anexa nr. 2 la Ordinul MENCS nr. 3158/15.02.2016, solicit evaluarea psihosomatică a acestuia, în vederea înscrierii în anul școlar 2016-2017 în:

clasa pregătitoare

clasa I

Mentionez că:

✓ în anul școlar 2015-2016, 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
