

32.СРЕДНО УЧИЛИЩЕ С ИЗУЧАВАНЕ НА ЧУЖДИ ЕЗИЦИ

„СВЕТИ КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“

гр. София, бул. „Христо Ботев“ №63, тел.: 02/9874358,

email: [kl\_ohridski32@school32.com](mailto:kl_ohridski32@school32.com)

**З А Я В Л Е Н И Е**

**и декларация за информирано съгласие**

от ……………………………………………………………………………………………….

*(име, презиме, фамилия на родителя/настойника)*

адрес: ……………………………………………………… Телефон: …………….…………

ученик: …………………………………………………………………………….……………

*(име, презиме, фамилия на ученика)*

*Училище:* 32. СУИЧЕ „Свети Климент Охридски”

*Гр./с* София *област* София - град

1. **Декларирам,** че съм съгласен/съгласна, синът ми/дъщеря ми да бъде включен/а в:

Група за занимания по интереси през учебната 2024/2025 година съгласно Наредба за приобщаващо образование:

**„Арменски език и култура”, с ръководител г-жа Зари Танкаранян**

1. Като родител/настойник/попечител (излишното се зачертава) на сина ми/дъщеря ми, съм съгласен/не съм съгласен (излишното се зачертава) същият/същата да бъде сниман/а във видео- или фото-формат във връзка с участието му/й в дейностите по интереси.

Съгласен съм/ Не съм съгласен (излишното се зачертава) заснетите изображения да бъдат свободно публикувани, включително в електронен или цифров вид, с цел публичност на дейностите по интереси.

Подпис на родителя: …………………….

Подпис на участника (ученика): ………… Дата: