



MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE
CENTRUL JUDEȚEAN DE RESURSE ȘI ASISTENȚĂ EDUCAȚIONALĂ GALAȚI
Centrul Județean de Asistență Psihopedagogică Galați
Cod Fiscal: 18642828, Str. Portului Nr.55 B, 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 MEN nr. 3242/23.02.2018, solicit evaluarea psihosomatică a acestuia, în vederea înscrierii în anul școlar 2018-2019 în:

clasa pregătitoare

Menționez că:

- ✓ în anul școlar 2017-2018, copilul _____ este înscris 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
