



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 MEN nr. 3247/14.02.2017, solicit evaluarea
psihosomatică a acestuia, în vederea înscrierii în anul școlar 2017-2018 în:

- clasa pregătitoare
- clasa I

Mentionez că:

- ✓ în anul școlar 2016-2017, 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
