



Colegiul Național "Mihai Viteazul"

B-dul Pache Protopopescu Nr. 62, sector 2, București

Tel./fax 021 252 5700 / 021 642.7331

Nr. _____ / _____

Aprobat

Media la purtare _____

Președintele comisiei de burse

Diriginte _____

Semnătură _____

CERERE PENTRU BURSĂ MEDICALĂ

Subsemnatul (a) _____, părinte/tutore legal al
elevului/eleveii _____, din clasa _____, an școlar
_____, domiciliat în localitatea _____, strada _____
_____, nr. _____, ap. _____, jud. _____,
telefon _____, prin prezenta, vă rog să acordați fiului/fiicei mele bursă medicală
pentru semestrul I, an școlar 2021-2022.

Anexez următoarele acte doveditoare:

1) Adeverință de la medicul specialist ;

2) Extras de cont banca ;

Cont bancar

_____,
nume titular cont _____, CNP titular cont
_____.

Declar pe proprie răspundere că informațiile de mai sus și actele doveditoare
anexate corespund realității și iau la cunoștință că în caz contrar voi pierde dreptul la
bursă pe toată perioada care urmează și voi suporta consecințele în vigoare (fals și uz de
fals).

Data _____

Semnătura părinte _____

Către Comisia de Burse