

D.G.A.S.P.C. SECTOR 6

CENTRUL DE ZI **“NEGHINIŢĂ”**

ADRESA: ALEEA CRĂIEŞTI, NR. 1

BUCUREŞTI

**AVIZAT**

**DIRECTOR GENERAL ADJUNCT**

**IONUȚ POPA**  **APROBAT,**

 **SEF CENTRU**

 **RUCSANDRA NICHIȚELEA**

**DOAMNĂ DIRECTOR,**

Subsemnatul (a)………………………………………………………………….

domiciliat în……………………………….., str……………………………………….....

nr.………,bloc..................sc.......................et.................ap...................sector.....................Telefon.………………………Email………………………………………………

 Vă rog să aprobaţi înscrierea fiului meu/fiicei mele……………………………….

……………....................., în vârsta de……………. la Centrul de zi “Neghiniţă”, începând cu data de ...........................

Motivul solicitării este..........................................................................................................

..............................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

 **Data şi semnătura părintelui**

 **................................................**