

Директору
Чернівецького ліцею №17 «Успіх»
Чернівецької міської ради
(повне найменування закладу освіти)

Кушнір С.Т.
(прізвище та ініціали директора)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника чи
одного з батьків дитини)

який (яка) проживає за адресою:

(адреса фактичного місця проживання)

Контактний телефон _____

ЗАЯВА ПРО ФАКТ БУЛІНГУ

Прошу розібратися по питанню _____

ОПИС СИТУАЦІЇ ТА КОНКРЕТНИХ ФАКТІВ

(дата)

(підпис)