ANEXA 5.1

DECLARAȚIE

pe propria răspundere privind certificatul A5 sau cerificatul de handicap

Subsemnatul/a_____

identificat cu C.I. seria_____nr. _____ elev/ă din clasa _____, an şcolar 2026-2027, domiciliat în loc.(com)_____, strada_____, nr.___ , ap.___ , jud._____, prin prezenta declar că sunt în evidența medicului de familie (Denumire Cabinet Medical)

_____ pentru afectiunile în baza cărora solicit **bursa de ajutor social medicală.**

Data Semnătura,