ANEXA 5

DECLARAȚIE

pe propria răspundere privind certificatul A5 sau cerificatul de handicap

Subsemnatul/a_____
identificat cu C.I. seria_____nr. _____părinte/tutore/reprezentant legal al elevului/elevei _____, din clasa _____, an şcolar 2026- 2027, domiciliat în loc.(com)_____, strada_____, nr.___ , ap.___ , jud._____, prin prezenta declar că elevul/a a fost luat/ă în evidența medicului de familie (Denumire Cabinet Medical)
_____ pentru afectiunile în baza cărora se solicită **bursa de ajutor social medicală.**

Data Semnătura,