



Loc. Grivița, Jud. Ialomița  
Cod 927145  
CUI 33477872  
Nr. Tel/Fax 0243243433  
Adresa e-mail [sc\\_grivita@yahoo.com](mailto:sc_grivita@yahoo.com)



MINISTERUL  
EDUCAȚIEI

Nr...../.....

Către,

### COMISIA DE MANAGEMENT BURSE ȘCOLARE

Subsemnatul/subsemnata,....., în calitate de părinte al elevei/elevului ....., din clasa ....., an școlar 2024-2025, vă rog să aprobați acordarea pentru fiica mea/fiul meu a **BURSEI SOCIALE**, conform OME nr.5518/2024:

#### Art. 10 (1) lit. e-g, pentru:

e) elevi care au **deficiențe/afectări funcționale produse de boli**, tulburări sau afecțiuni ale structurilor și funcțiilor organismului, încadrate conform criteriilor din anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. 1.306/1.883/2016 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora, cu modificările și completările ulterioare, și structurate tipologic conform aceluiași act normativ, fără a se lua în considerare nivelul venitului mediu pe membru de familie;

f) elevi cu **afecțiuni oncologice și/sau cronice** școlarizați, pentru o perioadă mai mare de 4 săptămâni, în cadrul „Școlii din Spital” sau la domiciliu, fără a se lua în considerare nivelul venitului mediu pe membru de familie;

g) elevi care revin după școlarizarea din cadrul „Școlii din Spital” în unitatea de învățământ la care au fost înmatriculați anterior, fără a se lua în considerare nivelul venitului mediu pe membru de familie;

**Art. 10 (5) : Acordarea burselor sociale pentru motive medicale se face pe baza certificatului de încadrare în grad de handicap sau a certificatului eliberat de medicul specialist (tip A5), cu luarea în evidență de către medicul de la cabinetul școlar/medicul de familie — acolo unde nu există medic școlar.**

#### Anexez prezentei cereri:

- certificatul de naștere al elevului;
- acte de identitate al solicitantului;
- **certificatul de încadrare în grad de handicap/certificatul eliberat de medicul specialist (tip A5)- cu luarea în evidență a medicului de familie;**
- cont IBAN.

Menționez că fiul meu/fiica mea a fost luat/ă în evidență de către medicul de familie.

Cunoscând prevederile Art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, confirm pe proprie răspundere că toate informațiile prezentate sunt corecte, exacte și complete.

Sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie prelucrate de către unitatea de învățământ, în vederea soluționării prezentei cereri, în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

Data

.....

Semnătura

.....