***Изх. № ………………***

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –**

**ОБЛАСТ СТАРА ЗАГОРА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от …………………………………………………………………………………………....…..

Директор на ………………………………………….....…… телефон: ................................

 *(наименование на детската градина/училището)*

**УВАЖАЕМИ Г-Н ДИРЕКТОР,**

Заявявам желанието си за извършване на **функционална оценка** от регионалния екип за подкрепа за личностно развитие на децата и учениците със специални образователни потребности към Регионален център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – Стара Загора във връзка с необходимостта от **предоставяне на допълнителна подкрепа за личностно развитие** на .......................................................................................................................................................

  *(име и фамилия на детето/ученика)*

от ............ група/клас на поверенaтa ми образователна институция.

**Приложение:**

1. Копие на заявление от родителя/настойника към директора на детската градина/училището;
2. Копие на медицински документ на детето/ученика (при наличието на такъв);
3. Копие на удостоверение за раждане.

Дата: ...................... С уважение, .................................

 *(подпис, печат)*