***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 **одобрение** 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 на необходимостта от **насочване към обучение в център за специална образователна подкрепа**, град ............................................................................................. на ......................................................................................................... от ............... група/клас

 *(име и фамилия на детето/ученика)*

на поверената ми образователна институция, във връзка с извършената функционална оценка на индивидуалните му потребности от екипа за подкрепа за личностно развитие в детската градина/училището.

**Приложение:**

1. Копие на карта за функционална оценка на индивидуалните потребностите на детето/ученика от екипа за подкрепа за личностно развитие;
2. Копие на заявление от родителя/настойника към директора на детската градина/училището;
3. Копие на медицински документ на детето/ученика (ЛКК/ ТЕЛК/ НЕЛК);
4. Копие на удостоверение за раждане;

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

 *(подпис, печат)*