***Изх. № ………………***

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –**

**ОБЛАСТ СТАРА ЗАГОРА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

Директор на …………………………………………………...…… тел. ................................

 *(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 в регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Стара Загора, на предоставянето на допълнителна подкрепа за личностно развитие на деца/ученици със специални образователни потребности във връзка с извършената оценка на индивидуалните им потребности от екипите за подкрепа за личностно развитие в детската градина/училището.

**Приложение:**

1. Карта за оценка на потребностите на детето/ученика;
2. Копие от медицински, социални и други документи на детето/ученика */при наличието на такива/.*

**С уважение,**

..........................................