***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 извършване на оценка от регионалния екип за подкрепа за личностно развитие в регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Стара Загора, на индивидуалните потребности от допълнителна подкрепа за личностно развитие на детето/ученика със специални образователни потребности ………………………………………………………………………….…, поради невъзможност да се формира екип за подкрепа за личностно развитие в детската градина/училището.

**Приложения:**

1. Заявление от родител/настойник;

 2. Копие от медицински, социални и други документи на детето/ученика */при наличието на такива/.*

**С уважение,**

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