**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –**

**ОБЛАСТ СТАРА ЗАГОРА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

родител/настойник на …………………………………………............…… тел. ………………….

**УВАЖАЕМИ Г-Н ДИРЕКТОР,**

Заявявам желанието си детето ми …………………………......………….......................... да се обучава в специално училище ………………….................……………………………….....

(специално училище за ученици с увреден слух/специално училище за ученици с нарушено зрение/помощно училище).

Декларирам съгласието си да се извърши оценка на образователните потребности на детето ми 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.

**Приложения:**

1. Копие от удостоверение за раждане;
2. Копие от медицински, социални и други документи на детето .......................................;
3. Копие на документи, свързани с обучението на детето …………................................... .

**С уважение,**

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