

Изм. №

**ДО
ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР
ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА
ПРИБОЩАВАЩОТО 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 поверената 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)