

Изх. №

ДО
ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР
ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА
ПРИБИЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –
ОБЛАСТ СТАРА ЗАГОРА

ЗАЯВЛЕНИЕ

от телефон:

Директор на
(наименование на детската градина/училището, град/село)

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН 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 - ЛКК/ТЕЛК/НЕЛК);
3. Копие на удостоверение за раждане;
4. Копие на заповед за допълнителна подкрепа (при наличието на изтичаща/изтекла такава).

дата:

С уважение,
(подпис, печат)