

Изх. № .....

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

## **ЗАЯВЛЕНИЕ**

от ..... телефон: .....

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

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Заявявам желанието си за **одобрение** 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 на необходимостта от **насочване към обучение в център за специална образователна подкрепа**, град ..... на .....

(име и фамилия на детето/ученика)

от ..... група/клас на поверената ми образователна институция, във връзка с извършената функционална оценка на индивидуалните му потребности от екипа за подкрепа за личностно развитие в детската градина/училището.

### **Приложение:**

1. Копие на карта за функционална оценка на индивидуалните потребности на детето/ученика от екипа за подкрепа за личностно развитие;
2. Копие на заявление от родителя/настойника към директора на детската градина/училището;
3. Копие на медицински документ на детето/ученика (ЛКК/ ТЕЛК/ НЕЛК);
4. Копие на удостоверение за раждане;
5. Копие на заповед за допълнителна подкрепа (при наличието на действаща/изтекла такава);

дата: .....

**С уважение,** .....  
(подпис, печат)