

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 извършване на **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 – област Стара Загора на необходимостта от **промяна на формата на обучение от дневна в индивидуална** на ..... от ..... клас  
(име и фамилия на ученика)

на повереното ми учебно заведение.

**Приложение:**

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

дата: .....

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