

Изм. №

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

Директор на телефон:
(наименование на детската градина/училището)

УВАЖАЕМИ Г-Н 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 от група/клас
(име и фамилия на детето/ученика)
на поверената ми образователна институция, след извършване на функционална оценка на индивидуалните потребности на детето/ученика.

Приложение:

1. Копие на карта за функционална оценка на индивидуалните потребности на детето/ученика *(при наличие на такава, изготвена от екипа за подкрепа за личностно развитие в детската градина/училището)*;
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 изтичаща/изтекла такава)*.

Дата:

С уважение,
(подпис, печат)