

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 **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;

Дата:

С уважение,
(подпис, печат)