

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 специално училище** ..... на  
(наименование на училището)  
..... 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 потребностите 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)