

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 **отлагане от задължително обучение в 1 клас** на ..... от ..... група/клас  
*(име и фамилия на детето)*  
на поверената ми образователна институция, след извършване на функционална оценка на индивидуалните потребности на детето.

**Приложение:**

1. Копие на карта за функционална оценка на индивидуалните потребности на детето *(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 (ЛКК/ ТЕЛК/ НЕЛК);
4. Копие на удостоверение за раждане;
5. Педагогическа характеристика.
6. Копие на заповед за допълнителна подкрепа *(при наличието на изтичаща/изтекла такава)*.

Дата: .....

С уважение, .....  
*/подпис, печат/*