**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –**

**ОБЛАСТ .................................................................**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от ………………………………………………………………………………………………..

родител на ……………………………………………………………………………………...

Адрес, …………………………………………………………………………………………..

Телефон ………………………………………………………………………………………..

**УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР,**

Заявявам желанието си детето ми ……………………………………....................... да се обучава в изнесена група/паралелка на ………………………………………………

 (детска градина/училище)

с подкрепа от Център за специална образователна подкрепа ……………………………...

Декларирам съгласието си да се извърши оценка на образователните потребности на детето ми от регионалния екип за подкрепа за личностно развитие на децата и учениците със специални образователни потребности в регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област ...........................................

**Приложения:**

1. Копие от удостоверение за раждане;
2. Копие от медицински, социални и други документи на детето...............................;
3. Копие на документи, свързани с обучението на детето…………..............................

**С уважение,**

..........................................