**Изх. №:**

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА**

**НА ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ОБЛАСТ ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

Директор на ……………………………………………………………………….................

(наименование на детската градина/училището)

 **УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Заявявам желанието си за извършване на оценка от Регионалния екип за подкрепа за личностно развитие в Регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Велико Търново на индивидуалните потребности от допълнителна подкрепа за личностно развитие на дете/ученик със специални образователни потребности, поради невъзможност да се сформира екип за подкрепа за личностно развитие в детската градина/училището.

**Приложения:**

1. Списък на децата/учениците

2. Заявление от родител

 3. Копие от медицински документ за всяко дете/ученик

**Дата: С уважение:**

.......................................... ………………………………….

 (подпис и печат)