*Образец № 5a*

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –**

**ОБЛАСТ ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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

Адрес …………………………………………………………………………………………..

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

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Заявявам желанието си детето ми ……………………………………........................, което през учебната 2018/2019 година завършва VII клас с удостоверение, да се обучава в изнесена група/паралелка на ………………………………………………, с подкрепа от

*(име на училището)*

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 Велико Търново.

**Приложения:**

1. Копие от медицински, социални и други документи на детето;
2. Копие на документи, свързани с обучението на детето.

**Дата:** ………….  **С уважение,**

**гр.** …………….. ..........................