**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА РЕГИОНАЛЕН 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 ……………………………………....................... да се обучава в специално училище ………………………………………………….............

(специално училище за ученици с увреден слух / специално училище за ученици с нарушено зрение).

Декларирам съгласието си да се извърши оценка на образователните потребности на детето ми от Регионалния екип за подкрепа за личностно развитие в Регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Велико Търново.

**Приложения:**

1. Копие от медицински документ на детето/ученика.
2. Копие на други документи, свързани с обучението и развитието на детето/ученика.

**Дата: С уважение:**

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