Вх. №

ДО

ДИРЕКТОРА

НА РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА

НА ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ

ОБЛАСТ ВЕЛИКО ТЪРНОВО

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

трите имена: ……………………………………………………………………………………………

адрес: ………………………………………………………………………………………………………

телефон: ………………………………………………………………………………………………….

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

на ………години, от ……. група в ДГ …………………………………………………………..

гр./с. ……………………………………………………..

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Заявявам желание да бъде извършена оценка на индивидуалните потребности на моето дете от регионалния екип за подкрепа за личностно развитие към Регионален център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование, област Велико Търново, във връзка с чл. 16, т. 3 от Наредба за условията и реда за записване, отписване и преместване на деца в общинските детски градини на територията на община Велико Търново.

Прилагам следните документи:

1. Копия от медицински документи (ако има такива).
2. Копие от удостоверение за раждане.

дата: …………………………………..

гр. / с. ………………………………..

С уважение: …………………………………………