**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, на основание чл. 195, ал. 4 от Закона за предучилищното и училищното образование, Регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Велико Търново да изрази становище относно желанието на родителите и предложението на ЕПЛР за обучение на ученика/ученичката ……………………………………………………………………………………. в изнесена група/паралелка на ………………………………………………….. (име на учебното заведение) в център за специална образователна подкрепа в гр./с. …………………………………….. .

**Приложения:**

1. Карта за функционална оценка.

2. Заявление от родител.

3. Протокол от заседание на ЕПЛР.

4. Предложение на ЕПЛР.

5. Медицински документ.

**Дата: С уважение:**

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

 (подпис и печат)