**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –**

**ГАБРОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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

Адрес, …………………………………………………………………………………………..

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

**УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО 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/помощно училище).

Декларирам съгласието си да се извърши оценка на индивидуалните потребности на детето ми от регионалния екип за подкрепа за личностно развитие на децата и учениците със специални образователни потребности към Регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – Габрово.

**Приложения:**

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

Дата: ……………………. С уважение:……………………..

 /подпис/