**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА**

**НА ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ОБЛАСТ ГАБРОВО**

**З А Я В Л Е Н И Е**

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

родител на………………………………………………………………………………………

училище………………………………………………………………клас................................

диагноза:.......................................................................................................................................

адрес……………………………………………………………………………….....................

телефон…………………………………………………………………………….....................

Госпожо Директор,

Заявявам желанието си за насочване от РЦПППО - област Габрово, съгласно чл. 141 от Наредбата за приобщаващото образование, на синът ми/дъщеря ми

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

/име, презиме, фамилия /

за продължаване на обучението в профили и специалности от професии в

1.............................................................................................................................................

2.……………………………………………………………………………………………

3…………………………………………………………………………………………….

/образователната институция, населено място /

Прилагам следните документи:

1. Служебна бележка от училището, в което се обучава ученикът, удостоверяваща класа и срочните оценки за първия учебен срок
2. Оригинал на медицинско свидетелство, издаден от общопрактикуващия лекар на ученика, за липса на противопоказания при кандидатстване по профил или по специалност от професия;
3. Всички документи, съдържащи информация за здравословното състояние и социалното положение на детето, документи, издадени от съда, както и други документи, които имат отношение към обучението и образованието на ученика;
4. Протокол от специализирана по профила на заболяването лекарска консултативна комисия и/или решение на териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) и/или на Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК) с приложена лична амбулаторна карта, съдържаща информация за проведени изследвания, консултации, епикризи и други, които удостоверяват заболяването.

С уважение:..............................

Дата:.........................................