

Изм. №

ДО
ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР
ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА
ПРИБИЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –
ОБЛАСТ СТАРА ЗАГОРА

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОТ

Директор на телефон:
(наименование на детската градина/училището)

УВАЖАЕМИ Г-Н ДИРЕКТОР,

Заявявам желанието си за **одобрение** от регионалния екип за подкрепа за личностно развитие на децата и учениците със специални образователни потребности към Регионален център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – Стара Загора на необходимостта от **отлагане от задължително обучение в 1 клас** на от група/клас

(име и фамилия на детето/ученика)
на поверената ми образователна институция, във връзка с извършената функционална оценка на индивидуалните потребности от екипа за подкрепа за личностно развитие в детската градина/училището.

Приложение:

1. Копие на карта за функционална оценка на индивидуалните потребности на детето от екипа за подкрепа за личностно развитие;
2. Копие на заявление от родителя/настойника към директора на детската градина/училището;
3. Копие на медицински документ на детето/ученика (ЛКК/ ТЕЛК/ НЕЛК);
4. Копие на удостоверение за раждане;
5. Педагогическа характеристика.

Дата:

С уважение,
/подпис, печат/