***Образец № 5***

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ОБЛАСТ ПЕРНИК**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

От ………………………………………………………………………...……………………..

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

ДГ/У-ще …………………………………....…………………………………………………...

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

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

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Заявявам желанието си синът/дъщеря ми …………………………………….................................................................... да се обучава в специално училище/ЦСОП …………………...…………………...………………….............

(специално училище за ученици с увреден слух, специално училище за ученици с нарушено зрение, ЦСОП).

Декларирам съгласието си да се извърши функционална оценка на образователните потребности на синът/дъщеря ми от регионалния екип за подкрепа за личностно развитие на децата и учениците със специални образователни потребности в Регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Перник.

**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,**

Гр./с. …………………… ………............................................