Образец №5

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ОБЛАСТ МОНТАНА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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

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

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

**ГОСПОДИН/ГОСПОЖО 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).

Декларирам съгласието си да се извърши оценка на образователните потребности на детето ми от Регионалния екип за подкрепа за личностно развитие в Регионалeн център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Монтана.

**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…………………………….

 **С уважение,**

 ……………