Образец №5a

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ОБЛАСТ МОНТАНА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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

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

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

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН/ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Заявявам желанието си детето ми ……………………………………....................... да се обучава в изнесена група/паралелка на ЦСОП………………………………………. в…………………………………………………………………………………………………. (детска градина/училище)

Декларирам съгласието си да се извърши функционална оценка на образователните потребности на детето ми от Регионалния екип за подкрепа за личностно развитие на децата и учениците със специални образователни потребности 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:** ……………