Образец № 5б

**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 с подкрепата на Център за специална образователна подкрепа ……………………………………………………………………..

през учебната ………………./………………….. година.

Декларирам съгласието си да се извърши 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.

**Дата: ………………………….**

**С уважение,**

…………………………………

/подпис/