**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –**

**ОБЛАСТ РУСЕ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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

Детска градина/Училище...........................................................................................................

Болнично заведение ...................................................................................................................

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

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

 **УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР,**

Заявявам желание да бъде извършена оценка на потребностите на детето ми ....................................................................................................................................................... от Регионалния екип за подкрепа за личностното развитие към РЦПППО - Русе за предоставянето на допълнителна подкрепа от специалисти ЕПЛР към училище/детска градинас подкрепа от болничен учител.

**Приложения:**

1. Медицински документи, протокол от лекарска консултативна комисия /ЛКК/ТЕЛК/ или копие от медицински, документи на детето, включително от изследвания и консултации;
2. Документ от лечебното заведение, в което ученикът е настанен за лечение при стационарни условия;
3. Копие от социални и други документи, съдържащи информация от педагогически и други специалисти за развитието на детето;

**С уважение,**

..........................................