Вх. № ....

ДО ДИРЕКТОРА

НА РЦПППО - РУСЕ

ЗАЯВЛЕНИЕ

от ………………………………………………………………………………………………

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

телефон………………………………………………………………………………………..

Училище/ДГ …………………………….………

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

 В съответствие със заповед на Директора на РЦПППО – Русе за потвърждаване на предоставянето на допълнителна подкрепа за личностно развитие на ...................................................................................................................................................

 /трите имена на детето/

е желателно провеждането на сензорна терапия от квалифицирани специалисти, седмично .................часа.

 Заявявам желанието си, детето ми да ползва услугата сензорно – интегративна терапия в залата на РЦПППО – гр. Русе до края учебната 2020 / 2021 г.

Дата: С уважение: …………….