**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –**

**РУСЕ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

родител/настойник на ………………………………………………………………………….

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

Адрес …………………………………………………………………………………………..

Телефон …………………………………………e-mail……………………………………….

**УВАЖАЕМА Г-ЖО ДИРЕКТОР,**

Заявявам желание детето ми да бъде включено в програма за::

**Сензорна интеграция**

**Ерготерапия**

**Невротренинг**

**Солна терапия**

**Приложения:**

1. Копие на актуална заповед за допълнителна подкрепа
2. Копие на план за подкрепа, в който е препоръчана работа със сензорен терапевт/ерготерапевт
3. Копие на удостоверение за раждане
4. Медицински документ, удостоверяващ, че участието в програмата няма противопоказания към състоянието на детето
5. Декларация за обработка на лични данни.

**С уважение,**

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