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

*/номер, пълно наименование на образователната институция, точен адрес и телефон/*

Изх. № ...........................

**До Директора**

**на СУУНЗ „Луи Брайл“**

**гр. СОФИЯ**

**ЗАЯВКА**

от ................................................................. - директор на .......................................................

 /име, фамилия/ /училище, детска градина/

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Във връзка с чл.74 от Наредбата за приобщаващото образование за учебната …………/………… година в детската градина/ училището за осигуряването на допълнителна подкрепа за личностно развитие на децата/ учениците със специални образователни потребности е необходим:

* Педагог на деца и ученици с нарушено зрение.

В съответствие с предоставените медицински документи или заповед от РЦПППО за потвърждаване на предоставянето на допълнителна подкрепа за личностно развитие на деца и ученици с нарушено зрение, през учебната …….……/………… година в детската градина/училището допълнителна подкрепа ще е необходима за следните деца и ученици със специални образователни потребности:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Име, презиме, фамилия | Дата на раждане | Група/клас | Училище/детска градина | Диагноза/Нарушение | медицински документи или № и дата на от РЦПППО |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Директор:........................................

 /име, фамилия, подпис, печат/