

ВХ. №...../.....2020Г.

ДО ДИРЕКТОРА
НА ЦСОП „Д-Р ПЕТЪР БЕРОН“
ГР. ВИДИН

ЗАЯВЛЕНИЕ

от
родител/настойник/попечител
адрес:
GSM

УВАЖАЕМА Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Желяя детето ми.....
ученик/чка вклас на ЦСОП „Д-р Петър Берон“ да получава допълнителна
терапевтична подкрепа за личностно развитие през учебната 2020/2021 година от
следните специалисти:

1. Логопед
2. Психолог
3. Ерготерапевт
4. Кинезитерапевт

забележка: Декларирам, че детето ми не получава същата допълнителна
подкрепа/услуга в друга институция, включително и социални услуги по ЗСП и
ППЗСП.

Дата:

Подпис:
/...../