|  |  |
| --- | --- |
| Untitled | РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯМинистерство на образованието и наукатаРегионален център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование 9300, гр. Добрич ул. „ Й. Йовков „ № 4 , : 058 / 60 55 14 ; 0882 / 712 107 E-mail: [rc\_dobrich@abv.bg](mailto:rc_dobrich@abv.bg) <http://www.rc-dobrich.com/>  info-800324@edu.mon.bg |

**До**

**Директора**

**на Регионален център за подкрепа**

**на процеса на приобщаващото образование**

**град Добрич**

**Доклад от мобилна група към Регионален екип за подкрепа за личностното развитие на децата и учениците със специални образователни потребности**

За извършената оценка на индивидуалните потребности почл.190, ал.3, т.2 от ЗПУО на детето / ученика

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид на документа | Да | Не |
| Осигуряване на обща подкрепа за личностно развитие |  |  |
| Заявление от родител |  |  |
| Копие от удостоверение за раждане |  |  |
| Функционална диагностика от лекар |  |  |
| Карта за функционална оценка |  |  |
| Извършено наблюдение над детето/ ученика в учебна среда |  |  |
| Документи, свързани с обучението на детето/ ученика |  |  |
| Доклад от ЕПЛР за предоставяне на допълнителна подкрепа |  |  |
| Становища от педагогически специалисти:  Педагогически статус  Психологически статус  Логопедичен статус |  |  |

Мотиви:.………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| Интензивност на подкрепата: |
| Брой часове: |
| Относимо кодиране по МКФУЗ-ДЮ (ICF-CY) при изработване на план за подкрепа: |
| СОП: |
| Специалисти: |
| Посочените кодове са основни, но не изчерпват функционалната оценка и могат да бъдат допълвани от Екип за подкрепа на личностно развитие. |

Ръководителят на РЕПЛРДУСОП обсъди с мобилната група доклада и въз основа на мотивите от направената оценка предлага на директора на РЦПППО да одобри предоставянето на допълнителна подкрепа на детето ……………………………..

……………………………..

град Добрич Ръководител на екипа: …………….

дата: …………………. Мобилна група: ………………….

…………………..

………………….