**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –**

**ГАБРОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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

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

Адрес, …………………………………………………………………………………………..

Телефон ………………………………………………………………………………………..

**УВАЖАЕМА Г- ЖО ДИРЕКТОР,**

Изразявам несъгласие с оценката на индивидуалните потребности на детето ми – ……………………………………............................................................, извършена от екипа за подкрепа за личностно развитие в детската градина/училището ....................................................................................... и заявявам желанието си за извършване на повторна оценка от регионалния екип за подкрепа за личностно развитие към Регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – Габрово.

**Приложения:**

1. Копие на протокол с решение на екипа за подкрепа за личностно развитие на детето/ученика................................................................................................................;
2. Копие на карта за оценка на индивидуалните потребности на детето/ученика от екипите за подкрепа за личностно развитие;
3. Копие на медицински документи, социални и други документи на детето/ученика (при наличие на такива);
4. Копие от удостоверение за раждане;

Дата: ……………………. С уважение:……………………..

/подпис/