**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ОБЛАСТ ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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

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

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

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

 **ГОСПОДИН/ГОСПОЖО 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 в Регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Велико Търново.

**Приложения:**

1. Копие на решение на екипа за подкрепа за личностно развитие на детето/ученика................................................................................................................;
2. Копие от медицински, социални и други документи на детето/ученика.................

**Дата: С уважение:**

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