**Изх. №**

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА**

**НА ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ОБЛАСТ ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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

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

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

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

 **УВАЖАЕМА** **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 карта за оценка на индивидуалните потребности
2. Копие от актуален медицински документ
3. Копие от удостоверение за раждане

**Дата: С уважение:**

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