***Образец № 4***

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ОБЛАСТ ПЕРНИК**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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

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

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

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

 **УВАЖАЕМА ГОСПОЖОЖО ДИРЕКТОР,**

Изразявам несъгласие с функционалната оценката на индивидуалните потребности на синът/дъщеря ми ………………………………………………………………………………...

извършена от екип 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 Регионален център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Перник.

**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,**

Гр./с. …......................................... ……………………………………