

ДО  
ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР  
ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА  
ПРИБОЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ –  
ОБЛАСТ .....

### ЗАЯВЛЕНИЕ

от .....  
родител на .....  
Детска градина/Училище .....  
Адрес, .....  
Телефон .....

#### УВАЖАЕМИ/А Г-Н/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  
в регионалния център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област  
.....

#### 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.....

С уважение,  
.....