Образец №4

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНИЯ ЦЕНТЪР**

**ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА НА**

**ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ОБЛАСТ МОНТАНА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от ………………………………………………………………………………………………

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

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

Адрес ………………………………………………………………………………………….

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

 **УВАЖАЕМИ/А ГОСПОДИН/ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Изразявам несъгласие с извършената функционална оценката на индивидуалните потребности на детето ми – …………………………………………………………, направена от екипа за подкрепа за личностно развитие в детската градина/училището ................................................................................. и заявявам желанието си за извършване на повторна функционална оценка от Регионалния екип за подкрепа за личностно развитие в Регионалeн център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование – област Монтана.

**Приложения:**

1. Копие на карта за функционална оценка на индивидуалните потребности на детето/ученика от екипа за подкрепа за личностно развитие на децата/учениците;

2. Копие на решение на екипа за подкрепа за личностно развитие на детето/ученика................................................................................................................;

3. Копие от медицински, социални и други документи на детето/ученика /при наличие на такива/................................................................................................................;

**С уважение:**