Основно училище „Д-р Петър Берон“ – гр. Пловдив
ул. „Ген. Данаил Николаев“ №46, тел: 032/ 644 168; 0884333992,
e-mail: info-1690146@edu.mon.bg, www.petarberon.com

ЗАЯВЛЕНИЕ

(по чл.73, ал. 1 във връзка с чл. 71 от Наредба за приобщаващото образование)

от .....

с адрес,гр....., ул.....

тел. за контакт .....

родител на .....

ученик/чка в.....клас за учебната..... година

УВАЖАЕМИ Г-Н ДИРЕКТОР,

Заявявам желанието си да бъде извършена оценка на индивидуалните потребности на сина/дъщеря ми..... от екипа на ЕПЛР към ОУ„Д-р Петър Берон „ гр. Пловдив ,с цел осигуряване на нужната подкрепа за личностно развитие на детето ми.

Приложение:

☐ Копие от решение на ТЕЛК;

☐ Копие от медицински протокол на ЛКК;

☐ Копие от проведени изследвания и консултации – психологични, логопедични, психиатрични, медицински;

С уважение,

.....

име, фамилия, подпис