Nr. înregistrare................................. data.........................

**RECOMANDARE**

**În atenția:**

Doamnei/domnului, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de părinte/tutore al elevei/elevului**\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, din clasa \_\_\_\_\_\_

Vă informăm cu privire la faptul că, problemele de sănătate neuropsihică a copilului dvs, necesită intervenție specializată în cadrul unui cabinet de neuropsihiatrie pediatrică, motiv pentru care vă recomandăm investigații de specialitate.

Observații sumare privind motivul recomandării**:**

**-** Comportament

- Emotivitate

- Relaționare

- Altele

*(se completează de către consilierul școlar)*

Vă mulțumim pentru buna colaborare cu școala/ grădinița noastră.

Director, Consilier școlar,

(nume/prenume, semnătură) (nume/prenume, semnătură)

................................................................ ..............................................................

Am luat la cunoștință, (nume/prenume părinte) ..........................................................................

(semnătură părinte) .....................................................

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_