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 dificultățile întâmpinate de copilul dvs în mediul școlar necesită evaluare specializată în cadrul unui cabinet de psihologie clinică, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_