

**Руководителю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии**

Ф.И.О. родителя (законного представителя): \_\_\_\_\_

Место работы, должность: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: паспорт  
серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Данные о втором родителе:  
Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Место работы, должность: \_\_\_\_\_

**заявление.**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка (Ф.И.О.):

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

в связи с определением программы обучения, проблемами в развитии, обучении, поведении, развитии познавательной деятельности, развитии речи, в связи с определением дальнейшего жизнеустройства (**нужное подчеркнуть**) или другие причины:

Ребенок – инвалид: нет/ да: \_\_ справка \_\_\_\_\_ серия МСЭ- \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Полис ОМС: \_\_\_\_\_

Какую ДОО посещал(а)/не посещал(а)/посещает: \_\_\_\_\_

Какую группу посещал(а): общеобразовательную, компенсирующего /комбинированного вида (**подчеркнуть нужное**) с какого возраста: \_\_\_\_\_

Обучается в образовательной организации: \_\_\_\_\_

В каком классе обучается: \_\_\_\_\_

С какого времени обучается в данной образовательной организации: \_\_\_\_\_

С какого возраста начал школьное обучение: \_\_\_\_\_

По какой программе: \_\_\_\_\_

Дублировал ли программу: \_\_\_\_\_

Был ли перевод на программу более высокого (низкого) уровня: \_\_\_\_\_

Ознакомлен(а) с тем, что в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования. Прошу предоставить мне заключение психолого-медико-педагогической комиссии с особыми мнениями специалистов (при их наличии).

Возражений против процедуры обследования \_\_\_\_\_

На обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка специалистами ТПМПК \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)

**Для детей с 15 лет:**

Я, \_\_\_\_\_

Ознакомлен(а) с тем, что в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Возражений против процедуры обследования \_\_\_\_\_

На обработку моих персональных данных специалистами ТПМПК \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) .....(расшифровка подписи)

