

Руководителю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии отдела образования администрации Бобровского муниципального района

от _____

(ф.и.о.заявителя)

проживающей(-его) по адресу _____

паспорт _____

(серия, номер, когда и кем выдан)

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу освидетельствовать меня и выдать заключение об организации специальных образовательных условий и образовательного маршрута.

С использованием и обработкой предоставляемых на комиссию сведений, а также данных, полученных в результате обследования специалистами ПМПК согласен (а)

« _____ » _____ 201__ г. _____ (подпись)

Руководителю
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии отдела
образования администрации Бобровского муниципального района

от _____
(ФИО заявителя)

проживающей (-его) по адресу: _____

паспорт _____
(серия, номер, когда и кем выдан)

тел., e-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ - СОГЛАСИЕ
на проведение обследования ребенка
территориальной психолого-медико-педагогической комиссией

Я _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

даю свое согласие на проведение обследования моего несовершеннолетнего ребенка

(ФИО ребенка)

« _____ » _____ года рождения, территориальной психолого-медико-педагогической комиссией.

Даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, имеющих в распоряжении центральной психолого-медико-педагогической комиссии, в соответствии с действующим законодательством.

« _____ » 20 _____ г.

(подпись заявителя)

Руководителю
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Бобровского муниципального района
от _____
(ФИО заявителя)

проживающей (-его) по адресу: _____

паспорт _____
(серия, номер, когда и кем выдан)
тел., e-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
на проведение обследования ребенка
территориальной психолого-медико-педагогической комиссией

Прошу провести обследование моего несовершеннолетнего ребенка _____

_____ (ФИО ребенка)

« _____ » _____ года рождения, центральной психолого-медико-педагогической комиссией _____

_____ (указать причину проведения обследования ребенка)

К заявлению прилагаю следующие документы *(нужное отметить ✓)*:

- копия свидетельства о рождении ребенка (или копия паспорта ребенка);
- направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации *(при наличии)*;
- заключение (-ия) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) *(при наличии)*;
- заключение (-ия) территориальной ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка *(при наличии)*;
- подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);
- заключение врача-психиатра;
- заключение врача-офтальмолога *(для ребенка с нарушением зрения)*;
- заключение врача-сурдолога *(для ребенка с нарушением слуха)*;
- характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией;
- представление учителя-логопеда *(для ребенка с нарушением речи)*;
- представление педагога-психолога *(при отсутствии заключения психолого-медико-педагогического консилиума или специалиста, осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение ребенка)*;
- письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;
- копия справки об инвалидности ребенка *(при наличии)*;
- копия индивидуальной программы реабилитации (ИПР) инвалида *(при наличии)*;
- копия паспорта заявителя или документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка;
- иные документы *(при наличии)*: _____

Даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, имеющихся в распоряжении территориальной психолого-медико-педагогической комиссии, в соответствии с действующим законодательством.

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ (подпись заявителя)

*
Запись на проведение обследования ребенка в территориальной ПМПК осуществляется при подаче документов