Председателю

Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

Центра ППМС помощи Управления Образования Администрации городского округа Стрежевой

Гончаровой Н.А.

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:

Телефон:

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 МСЭ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Срок действия справки до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата очередного освидетельствования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Полис ОМС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Какую дошкольную образовательную организацию посещал(а)/не посещал(а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Какие группы в ДОУ посещал(а): 󠄀общеобразовательного вида, компенсирующего вида, комбинированного вида, оздоровительного вида, не посещал(а); с какого возраста:  |
| Обучается в ОУ (наименование): |
| Класс ОУ: |
| Начал(а) обучение в ОУ с (дата): |
| Начал(а) школьное обучение с возраста:  |
| Наименование программы обучения: |
| Дублировал ли программу (да/нет): |
| Был ли перевод на программу более высокого/низкого уровня (да/нет): |

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).

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)