Председателю

Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

Центра ППМС помощи Управления Образования Администрации городского округа Стрежевой

Гончаровой Н.А.

Ф.И.О. обучающегося; дата рождения:

Документ, удостоверяющий личность: паспорт

серия: \_\_\_\_\_\_\_\_номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование специалистами ТПМПК Центра ППМС помощи Управления образования 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Наличие инвалидности: нет/ да: \_\_\_\_справка МСЭ-\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Срок действия справки до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата очередного освидетельствования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Полис ОМС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Какую дошкольную образовательную организацию посещал(а)/не посещал(а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Обучаюсь 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).

Я даю согласие на использование, обработку и учет моих персональных данных, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-Ф3 «О персональных данных», ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации, Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Управления образования Администрации городского округа Стрежевой, предоставленных мною в данном заявлении.

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

 (подпись) (расшифровка подписи)