

Председателю территориальной
психолого-медико-педагогической
комиссии города Нягань
Ерофеевой Ирине Николаевне

Ф.И.О. родителей (законных представителей)

заявление.

Прошу провести обследование территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягани моего ребенка

(Ф.И.О. ребенка)

Дата рождения ребенка _____

Согласен (-ы) на его обследование специалистами психолого-медико-педагогической комиссии в составе: психиатр детский, врач-педиатр, учитель-дефектолог, учитель-логопед, педагог-психолог, социальный педагог, специалист Управления опеки и попечительства, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед.

Поставлен (ы) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягань: копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка; заключение (заключения) 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 (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии); выписка из истории развития ребенка с заключением врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации); характеристика обучающихся, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательной организации); письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

На основании запроса территориальной ПМПК может запрашиваться дополнительная медицинская информация на ребенка/подростка для уточнения его образовательного маршрута.

Ознакомлен (а/ы) с основными направлениями деятельности, местом нахождения, порядком обследования и графиком работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани (датой, временем и местом проведения обследования), а также со своими правами и правами ребенка, связанными с проведением обследования.

Согласен (а/ы) на обработку данных своих и своего ребенка.

Прошу проводить обследование ребенка территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягань в моем присутствия

Мать _____

Паспорт № _____ выдан _____

Отец _____

Паспорт № _____ выдан _____

Опекун _____

Паспорт № _____ выдан _____

ФИО подростка (старше 15 лет) _____

Паспорт № _____ выдан _____

Адрес, телефон заявителя _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись: _____

Прошу проводить обследование ребенка территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягань без моего присутствия _____

(дата, Ф.И.О. родителя, подпись)

Прошу проводить обследование ребенка территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягань в моем присутствии _____

(дата, Ф.И.О. родителя, подпись)

Согласен (-а) с проведением медицинского обследования специалистами территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягань (для детей, достигших возраста 15 лет): _____

(дата, подпись, Ф.И.О. ребенка)

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись: _____
