

Председателю территориальной
психолого-медико-педагогической
комиссии города Нягань
Ерофеевой Ирине Николаевне
Ивановой Светланы Васильевны
Иванова Сергея Олеговича
Ф.И.О. родителей (законных представителей)

заявление.

Прошу провести обследование территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягани моего ребенка Ивановой Татьяны Сергеевны
(Ф.И.О. ребенка)

Дата рождения ребенка 15.04.2009 г.р.

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 Иванова Светлана Васильевна

Паспорт № _____ выдан _____

Отец Иванов Сергей Олегович

Паспорт № _____ выдан _____

Опекун _____

Паспорт № _____ выдан _____

ФИО подростка (старше 15 лет) _____

Паспорт № _____ выдан _____

Адрес, телефон заявителя г. Нягань, 1мкр. дом 12 кв. 54, т. 8-908-883-52-67

« 15 » августа 20 15 г.

Подпись: мамы

папы

Прошу проводить обследование ребенка территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягань без моего присутствия 15.05.2015

(дата, Ф.И.О. родителя, подпись)

Прошу проводить обследование ребенка территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягань в моем присутствии 15.05.2015

(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)

« 15 » августа 20 15 г.

Подпись: *мамы* _____

папы _____