

Председателю территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии города Нягань

Ипатовой Екатерине Евгеньевне

Ивановой Светланы Васильевны

Иванова Сергея Олеговича

Ф.И.О. родителей (законных представителей)

**заявление.**

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

Дата рождения ребенка 15.04.2009 г.р

Регистрация по месту жительства ребенка г. Нягань, 1мкр. дом 12 кв. 54,

**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; постановление об опекунстве, паспорт опекуна (копия); 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 Нягань (датой, временем и местом проведения обследования), а также со своими правами и правами ребенка, связанными с проведением обследования.**

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

**Согласен (а/ы) на обработку персональных данных:**

- своих

Подпись: \_\_\_\_\_ /Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
\_\_\_\_\_ /Ф.И.О. родителя (законного представителя)

- своего ребенка

Подпись: \_\_\_\_\_ /Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
\_\_\_\_\_ /Ф.И.О. родителя (законного представителя)

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

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(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)

Копию заключения территориальной ПМПК г. Нягань, выписку из протокола территориальной ПМПК г. Нягань (при наличии), особое мнение специалистов (при наличии) прошу выдать: при личном обращении, направить по почте (нужное подчеркнуть).

« 15 » августа 20 18 .

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, подпись)