

ЗАЯВЛЕНИЕ

о проведении обследования в ТПМПК МБУ «Центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Магистр»

Руководителю ТПМПК

от

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя)
ребенка полностью*

Номер телефона:

Адрес электронной
почты (при наличии):

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения ребенка)

и представить мне заключение (рекомендации) о *(выбрать нужное)*:

- созданию специальных условий для получения образования;
- созданию условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования;
- созданию условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;
- оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

С порядком проведения обследования в ТПМПК ознакомлен.

(подпись родителя (законного представителя)

(дата)