

**Председателю Территориальной
психолого-медико-педагогической комиссии
ГБОУ СО «Школа-интернат АОП №1 г. Энгельса»**

от _____

год рождения _____

паспорт _____

(№, серия, кем и когда выдан)

Проживающего (ей) по адресу: _____

контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас провести обследование моего ребенка _____

(Ф.И.О. ребенка)

_____ (дата рождения, школа/ детский сад, класс)

психолого-медико-педагогической комиссией в составе врача-психиатра, педагога-психолога, учителя-логопеда, учителя-дефектолога в связи с трудностями в обучении, общении, поведении; социально - педагогическими проблемами, проблемами со здоровьем; с целью определения или изменения образовательного маршрута; после диагностического года обучения, консультация *(нужное подчеркнуть)*.

Ребенок обследуется впервые / повторно *(нужное подчеркнуть)*

Даю согласие на проведение обследования ребенка в Комиссии.

Даю согласие на сбор, хранение, обработку персональных данных и видеонаблюдение.

Дата «___» _____ 20__ г.

Подпись родителя (законного представителя) _____ / _____

Дата «___» _____ 20__ г.

Подпись члена Комиссии _____ / _____

----- Линия отрыва -----

Расписка

Заявление и документы для прохождения территориальной психолого-медико-педагогической комиссии, сведения по паспорту родителя (законного представителя) проверены, приняты и зарегистрированы.

№ учетной записи в журнале _____ «___» _____ 20__ г.

должность, подпись лица, принявшего документы
ГБОУ СО «Школа-интернат АОП №1 г.Энгельса»

ТПМПК

тел.: 8(8453) 56-82-66

e-mail: tpmpk64@mail.ru

сайт: <https://энгельс-оши1.рф>