Председатель ТПМПК ХМАО – Югры

Зайцева Л.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследованиеребенка **\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка полностью, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

с целью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (определение, уточнение, изменение образовательного маршрута; сдача ГИА, несогласие с заключением ТПМПК и др.)

Заключение (заключения) ПМПК ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование ПМПК, год выдачи)

Полностью **проинформирован(а)** о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-педагогическом обследовании моего ребёнка.

**Поставлен(а)** в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования в психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа – Югры:

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Перечень документов для проведения обследования** |
| **1.** | Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии |
| **2.** | Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии) |
| **3.** | Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по предоставлению интересов ребёнка |
| **4.** | Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии) |
| **5.** | Заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации с приложением представлений специалистов, осуществляющих психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся: |
| **5.1.** | педагогическая характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций) |
| **5.2.** | педагога-психолога |
| **5.3.** | учителя-дефектолога |
| **5.4.** | учителя-логопеда |
| **5.5.** | социального педагога |
| **6.** | Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии) |
| **7.** | Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) |
| **8.** | Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка |
| **9.** | Другие документы |
|  |  |

**Прошу** предоставить мне копию заключения ПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии).

***Паспортные данные заполняются в соответствии с заявителем***

Родитель/законный представитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес, телефон заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласен(а)** на обработку персональных данных в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расшифровка подписи