Руководителю территориальной

 психолого-медико-

педагогической комиссии

Саянского района

*Тюгаевой Н.Б.*

 от *(Ф.И.О. полностью)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированного(ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_

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

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

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о проведении обследования в психолого-медико-педагогической комиссии

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

И предоставить мне заключение (рекомендации) о (выбрать нужное)

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

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных и данных моего ребенка в соответствии c частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

 (Дата) (Подпись родителя, законного представителя)

Уведомлен(а) о направлении заключений психолого-медико-педагогической комиссии *(нужное подчеркнуть)*:

* в организацию, осуществляющую образовательную деятельность,
в которой обучается обследуемый (при получении обучающимся образования), для выполнения рекомендаций комиссии;
* в исполнительный орган субъекта Российской Федерации, осуществляющий государственное управление в сфере образования, для контроля за выполнением рекомендаций комиссии (в случае проведения обследования комиссией, созданной указанным органом);
* в орган местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере образования, для контроля за выполнением рекомендаций комиссии (в случае проведения обследования комиссией, созданной указанным органом);
* в комиссию по делам несовершеннолетних (в случае проведения обследование по постановлению комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав).

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

Подпись, расшифровка подписи, дата