Руководителю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Абакана

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. родителя /законного представителя)

прошу провести обследование моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г, проживающего по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , обучающегося в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ города Абакана.

Причина обращения:

***комплексное психолого-медико-педагогическое обследование в целях выявления особенностей в физическом и психическом развитии и отклонении в поведении***

Проблема\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Предоставлены документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Копия паспорта (при достижении возраста ребенка 15 лет) или свидетельства о рождении |  |
| 2 | Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии) |  |
| 3 | Заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение (при наличии) |  |
| 4 | Заключение комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии) |  |
| 5 | Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдавших ребенка в медицинской организации по месту жительства |  |
| 6 | Характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией |  |
| 7 | Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка |  |
| Дополнительная информация об обучающемся (по запросу) | | |
| 1 | Копия табеля с текущими и итоговыми оценками, заверенная руководителем образовательной организации |  |
| 2 | Программа сопровождения в рамках образовательного учреждения |  |
| 3 | Копия справки об инвалидности ребенка (при наличии)  Копия индивидуальной программы реабилитации (ИПР, при наличии) |  |
| 4 | Доверенность (если ребенка представляют не родители) |  |
| 5 | Копия постановления о передаче ребенка в приемную семью (приемные родители); об опеке (опекунам) (при наличии) |  |
| 6 | Копия документа, подтверждающего какие-либо изменения (фамилия, адрес и т.д.) (при необходимости) |  |

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись родителя /законного представителя

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На проведение медицинского обследования согласен (а) (при достижении возраста ребенка 15 лет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи