

**Руководителю Территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
ГАОУ СО «Центр образования «Родник знаний»**

от \_\_\_\_\_

год рождения \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

(№, серия, кем и когда выдан)

Проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_

контактные телефоны: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас провести обследование \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка, лица старше 18 лет)

(дата рождения, образовательная организация, класс, курс обучения)

психолого-медико-педагогической комиссией в связи с трудностями в обучении, общении, поведении; социально – педагогическими проблемами, проблемами со здоровьем; с целью определения или изменения образовательного маршрута; с целью создания специальных условий проведения государственной итоговой аттестации; 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 и обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись члена Комиссии \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

----- Линия отрыва -----

**Расписка**

Заявление и документы для прохождения областной 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

ГАОУ СО «Центр образования «Родник знаний»

ТПМПК

тел.: 8(8453)56-82-66

эл.почта: tpmk64@mail.ru

сайт: <https://rz64.ru>