|  |
| --- |
| Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии в государственном бюджетном учреждении Свердловской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ладо» |
| ФИО руководителя от |
|  |
| Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью |
|  |
| документ, удостоверяющий личность |
| от |
| Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью |
| документ, удостоверяющий личность |
| Регистрация по адресу: |
|  |
| тел.: |
| e-mail: |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |
| --- |
| Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка |
|  |
| Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения, регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенкапри необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля в Центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).Ознакомлен(а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.Прошу предоставить мне копию заключения ТПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии). |

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата оформления заявления подпись законного представителя ребенка с расшифровкой

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата оформления заявления подпись законного представителя ребенка с расшифровкой