

З А Я В Л Е Н И Е
о проведении обследования ребенка в ТПМПК Центрального района СПб

Я, _____
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

паспорт № _____ серия _____, выдан (кем и когда) _____

регистрация по адресу: _____

контактный телефон: _____

прошу принять документы моего ребенка

Ф.И.О. _____

дата рождения _____

район и адрес регистрации _____

район и адрес проживания _____

и провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование с целью выработки рекомендаций по определению образовательной программы.

Причина обращения в ТПМПК – речевые нарушения, трудности в усвоении программы (ДО, НОО, ОО), тяжелая адаптация в ДОУ/школьная дезадаптация, нарушение эмоционально-волевой и коммуникативной сферы, низкая познавательная активность/низкая школьная мотивация, нарушение поведения, медицинские показания (нужное подчеркнуть), другое _____

Перечень представленных документов (отметить):

- документ, удостоверяющий личность законного представителя;
- документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка;
- копия паспорта или копия свидетельства о рождении ребенка;
- направление образовательной организации (далее ОО), организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации;
- заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума ОО или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в ОО;
- заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка;
- подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдавших ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);
- характеристика обучающегося, выданная ОО;
- письменные работы по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;
- копии справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, и индивидуально программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида / инвалида (ИПР/ИПРА) (предъявлены оригиналы или заверенные в установленном порядке копии);
- заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка;
- медицинские сведения из СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина.

Другие документы _____

Я информирован(а) о следующем:

- Ответственность за предоставление полного пакета корректных документов лежит на родителе (законном представителе). В случае если на ТПМПК будет представлен неполный пакет документов или документы будут некорректно оформлены, в обследовании ребенка на комиссии может быть отказано.
- При необходимости ТПМПК запрашивает у соответствующих органов, организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке.
- Информирование родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования, осуществляется ТПМПК в 5-ти дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.
- Состав специалистов ТПМПК, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются руководителем ТПМПК, исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей. При решении ТПМПК о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

(Подпись законного представителя ребенка с расшифровкой)

**ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И
ДАННЫХ ОСМОТРА РЕБЕНКА СПЕЦИАЛИСТАМИ ТПМПК***
(для законных представителей)

Я, _____
(Ф.И.О.)

паспорт № _____ выдан _____

мать/отец/законный представитель ребенка (нужное подчеркнуть) _____

_____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

адрес регистрации _____

свидетельство о рождении № _____ выдано _____

настоящим даю согласие на обработку своих персональных данных, а также персональных данных и данных осмотра специалистами ТПМПК моего ребенка.

« _____ » _____ 20 ____ г.

подпись _____

*Статья 9 «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных» Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»