|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Руководителю ЦПМПК Томской области** | | |
| Даренской Г.В. | | | | |
| ФИО руководителя | | | | |
| От Ивановой Марии Ивановны | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)  родителя (мамы) | | | | |
| родителя (законного представителя) | | | | |
| Иванова Ивана Ивановича | | | | |
| ребенка (полностью) | | | | |
| Регистрация по адресу: | | Первомайский р-н, с. Дзержинское ул. Ленина, д.1, кв.1 | | |
| Адрес фактического проживания: | | Первомайский р-н, с. Дзержинское ул. Ленина, д.1, кв.1 | | |
| Номер телефона: | | 8-953-000-00-00 | | |
| Адрес электронной почты (при наличии): | | |  | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка | |
| Иванова Ивана Ивановича, 20.08.2017 г.р. | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения ребенка) | |
| и представить мне заключение (рекомендации) о (выбрать нужное): | |
| V | создании специальных условий для получения образования; |
|  |  |
|  | создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования; |
|  |  |
|  | создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся; |
|  |  |
|  | оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации. |

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных в соответствии с [частью 4 статьи 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=482686&dst=100282) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

Ознакомлен(а) с порядком проведения обследования в комиссии.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| «03» | марта | 2025 | года |  |  |  |
|  |  |  |  |  | (подпись) | (расшифровка подписи) |

Уведомлен (уведомлена) о направлении заключений (рекомендаций) психолого-медико-педагогической комиссии (выбрать нужное):

|  |  |
| --- | --- |
|  | в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, в которой обучается обследуемый (при получении обучающимся образования); |
|  |
|  | в исполнительный орган субъекта Российской Федерации, осуществляющий государственное управление в сфере образования, для мониторинга создания специальных условий в соответствии с заключением (рекомендациями) психолого-медико-педагогической комиссии (в случае проведения обследования психолого-медико-педагогической комиссией, созданной указанным органом); |
|  |
|  |  |
|  | в орган местного самоуправления, осуществляющий управление в сфере образования, для мониторинга создания специальных условий в соответствии с заключением (рекомендациями) психолого-медико-педагогической комиссии (в случае проведения обследования психолого-медико-педагогической комиссией, созданной указанным органом); |
|  |
|  |  |
|  | в комиссию по делам несовершеннолетних (в случае проведения обследования по постановлению комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав). |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| «03» | марта | 2025 | года |  |  |  |
|  |  |  |  |  | (подпись) | (расшифровка подписи) |

Дополнительно к заявлению сообщаю о ребенке следующее:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Обследование в ПМПК комиссии (подчеркнуть) | первичное  повторное | |
| Наличие инвалидности (подчеркнуть): | нет  да (указать сроки установленной инвалидности) | |
| Ребенок - член семьи участника СВО | * нет * да | |
| Форма устройства обследуемого, оставшегося без попечения родителей (подчеркнуть при необходимости) | усыновление (удочерение)  опека  попечительство  приемная семья  патронатная семья  пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей | |
| Организация обучения (подчеркнуть): | в образовательной организации  на дому  в санаторной ОО  в медицинской организации  семейное образование  иное (указать) | |
| Форма получения образования (подчеркнуть): | очная  очно-заочная  заочная | |
| Был ли перевод на обучение по адаптированной программе (подчеркнуть): | нет  да (указать программу) | |
| Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, которую посещает обследуемый | | МБОУ Первомайская СОШ |
| Группа или класс обучения на момент обращения | | 1 класс |
| Образовательная программа на момент обращения | | ООП НОО |
| Дополнительная информация (при необходимости) | | Ребенок член семьи участника СВО |