|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю ТПМПК Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Управления образования Администрации г.о. СтрежевойН.А. Гончаровой |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | *ФИО обучающегося* |
|  | Тел.: |
|  | Адрес: |
|  | E-mail: |

заявление

|  |
| --- |
| Согласно абз.2 п.14 Положения о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденного Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 N 1082, медицинское обследование обучающихся, достигших возраста 15 лет, проводится с их согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации. На основании вышеизложенного и руководствуясь абз.2 п. 14 Положения о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденного Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 N 1082,Я, |
| *Ф.И.О. обучающегося, достигшего возраста 15 лет, дата рождения* |
| обучающийся в |
| *образовательное учреждение/класс (группа)* |
| заявляю о своём согласии на проведение обследования в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии на предмет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_и/или испытывающий трудности: в освоении основных общеобразовательных программ; в своем развитии; в социальной адаптации; наличие отклонений в поведении; наличие нарушения детско-родительских отношений; другое: в связи с  |
|  |
|  |
| в форме: психолого-педагогического консультирования и диагностики несовершеннолетнего; психолого-педагогического консультирования и диагностики родителей (законных представителей) обучающегося; консультативно-диагностической логопедической (дефектологической) помощи обучающемуся; консультативно-диагностической логопедической (дефектологической) помощи родителям (законных представителей) обучающегося; консультативно-диагностической помощь врача-психиатра обучающемуся; консультативно-диагностической помощь врача-психиатра родителям (законных представителей) обучающегося; получение рекомендаций по созданию специальных условий при проведении  |
| Я даю согласие на использование, обработку и учет моих персональных данных, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-Ф3 «О персональных данных», ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации, Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Управления образования Администрации городского округа Стрежевой, предоставленных мною в данном заявлении. |

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обязуюсь выполнять рекомендации специалистов ТПМПК Центра ППМС помощи:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись расшифровка подписи*