

от _____

(Ф.И.О. законного представителя)

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу провести психолого-медико-педагогическое обследование моего ребёнка

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

зарегистрированному по адресу _____,

проживающему по адресу _____,

Специалистами территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ТПМПК)
(учителем-логопедом, учителем-дефектологом, педагогом-психологом, психиатром.
(нужное подчеркнуть)

Ознакомлен с тем, что при обследовании ребёнка применяются методики комплексного
психолого-педагогического обследования (Приказ Минобрнауки РФ от 20.09.2013 №1082 «Об утверждении
Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»)

« _____ » _____ 20 _____ г. Подпись _____

Контактный телефон _____

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

проживающий по адресу _____

паспорт _____ серия № _____, выданный _____

на основании свидетельства о рождении № _____ или документа его

подтверждающего № _____ серия _____

как законный представитель _____

(фамилия, имя, отчество ребенка)

1. Настоящим даю согласие на обработку своих персональных данных в ПМПК
Калининского района Санкт-Петербурга

Дата _____ Подпись _____

2. Настоящим даю своё согласие на обработку персональных данных ребёнка в ПМПК
Калининского района Санкт-Петербурга

Дата _____ Подпись _____