Приложение №1

к Положению о ТПМПК

Управление образования администрации

Сковородинского района

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

Руководителю ТПМПК

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. полностью)*

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан

 зарегистрированного (ой) по адресу:

тел.:

заявление

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование специалистами ТПМПК, включая врача-психиатра, моего ребёнка,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО полностью, дата рождения)*

 ­­\_\_\_\_\_\_

и предоставить мне копию рекомендаций ТПМПК.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО полностью)*

даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование) моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

 (дата) (подпись)

Для детей, достигших возраста 15 лет:

Я,

*(ФИО полностью, дата рождения)*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , даю своё согласие на проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования меня специалистами ТПМПК, включая врача-психиатра и обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование) моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных для обследования документах, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

 (дата) (подпись)