|  |
| --- |
| Управление образования администрации Сковородинского района  ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ  психолого-медико-педагогическая комиссия |

676014, Амурская область, Сковородинский район, г. Сковородино, ул. Победы, 28. Тел. 8(41654)22677

e-mail: [ooskv@rambler.ru](mailto:ooskv@rambler.ru)

Руководителю ТПМПК

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(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)*