

Руководителю Центральной
психолого-медико-педагогической
комиссии Лорсановой М.И.

от _____
фамилия, имя, отчество

родителя (законного представителя)

Номер телефона: _____

Адрес электронной почты:

ЗАЯВЛЕНИЕ

о проведении обследования в психолого-медико-педагогической комиссии

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое
обследование моего ребенка,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения ребенка)

представить мне заключение (рекомендации) о (выбрать нужное):

- создании специальных условий для получения образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью
- 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 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

С целью улучшения качества обслуживания и обеспечения безопасности ведется видеонаблюдение: даю согласие/ не даю согласие

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

