

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_

Адрес  
регистрации \_\_\_\_\_

Контактный  
телефон \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ о проведении обследования ребенка в ТПМПК**

#### **Прошу принять документы моего ребенка**

Ф.И.О.ребенка \_\_\_\_\_

дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года, свидетельство о рождении серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, выдано (кем, когда) \_\_\_\_\_

ГБДОУ/ОУ № \_\_\_\_\_ возрастная группа \_\_\_\_\_ (на настоящий момент)

Адрес регистрации ребенка \_\_\_\_\_

Адрес проживания ребенка \_\_\_\_\_

**и провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование с целью выработки рекомендаций по определению образовательной программы.**

**Причина обращения в ТПМПК:** \_\_\_\_\_

#### **Перечень представленных документов: (Отметить)**

- Предъявлен документ, удостоверяющий личность законного представителя.
- Предъявлен документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка.
- Копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предъявлен оригинал или заверенная в установленном порядке копия).
- Направление образовательной организации (далее - ОО), организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации.
- Заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума ОО или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в ОО.
- Заключение (заключения) ТПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка.
- Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации).
- Характеристика обучающегося, выданная ОО.
- Письменные работы по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.
- Копии справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико - социальной экспертизы, и индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида/ инвалида (ИПР/ ИПРА) (предъявлены оригиналы или заверенные в установленном порядке копии).
- Заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка.
- Медицинские сведения из СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина».
- Письменное согласие на обработку персональных данных и результатов обследования ТПМПК
- Другие документы:

#### **Я информирован (а) о следующем:**

- Ответственность за предоставление полного пакета корректных документов лежит на родителе (законном представителе). В случае если на ТПМПК будет представлен неполный комплект документов или документы будут некорректно оформлены, в обследовании ребенка на комиссии может быть отказано.
- При необходимости ТПМПК запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке.
- Состав специалистов ТПМПК, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются руководителем ТПМПК исходя из задач обследования, а также возрастных,

психофизических и иных индивидуальных особенностей детей. При решении ТПМПК о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

Другие законные представители

ребенка \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись) о проведении обследования информированы.

**Прошу предоставить мне копию заключения ТПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии).**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

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

*(Подпись законного представителя ребенка с расшифровкой)*