**Обследование проводится только в присутствии родителя**

**(законного представителя) ребенка.**

Председателю ТПМПК Иркутского района

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

Ф.И. О. председателя ТПМПК Иркутского района

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

Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

сот. телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие

Прошу направить на обследование в территориальную постоянно действующую психолого – медико – педагогическую комиссию Иркутского районного муниципального образования моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ф.И.О. ребенка (полностью)

Дата рождения ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательная организация (наименование дошкольной или общеобразовательной организации ИРМО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Группа (класс)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласна (согласен) на его обследование специалистами территориальной постоянно действующей психолого – медико – педагогической комиссией Иркутского районного муниципального образования в составе: врача – психиатра, педагога – психолога, учителя – логопеда, специального педагога, секретаря и обработку персональных данных.

Поставлена (поставлен) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования в территориальной постоянно действующей психолого – медико – педагогической комиссии:

- документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) ребенка, документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка;

- копию паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

- направление образовательной организации, организации осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

- заключение (заключения) психолого – медико – педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого – медико – педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательной организации) (при наличии);

- заключение (заключения) ТПМПК Иркутского района о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);

- подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдавших ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);

- характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций);

- письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

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

подпись родителя (законного представителя) расшифровка подписи

ребенка