Руководителю Центральной психолого-

медико-педагогической комиссии

Мурманской области

|  |
| --- |
| Дергуновой Алле Ивановне |
| от |  |
| (фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) |
|  |
| ребенка (полностью) |
| проживающего по адресу: |
|  |
|  |
|  | , |
| контактный телефон: |
|  | , |
| адрес электронной почты (при наличии): |
|  |

заявление.

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребёнка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(фамилия, имя, отчество ребенка (полностью), дата рождения, место проживания)

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

* создании специальных условий для получения образования;
* 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 обучающимися;
* оказании психолого-педагогической помощи обучающемся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Настоящим даю согласие на обработку специалистами ЦПМПК МО моих персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка