|  |
| --- |
| **Руководителю ЦПМПК Томской области** |
| Даренской Г.В. |
| ФИО руководителя |
| от |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| родителя (законного представителя) |
|  |
| ребенка (полностью) |
| Регистрация по адресу: |  |
|  |  |
| Адрес фактического проживания: |  |
|  |  |
| Номер телефона: |  |
| Адрес электронной почты (при наличии): |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ дистанционно (посредством видео-конференц-связи)**

|  |
| --- |
| Прошу провести дистанционно (посредством видео-конференц-связи) комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения ребенка) |
| 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 обучающимся; |
|  |  |
|  | оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации. |

Ознакомлен(а) с порядком проведения обследования в комиссии.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в соответствии с [частью 4 статьи 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=482686&dst=100282) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

Уведомлен (уведомлена) о направлении заключений (рекомендаций) психолого-медико-педагогической комиссии (выбрать нужное):

|  |  |
| --- | --- |
|  | в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, в которой обучается обследуемый (при получении обучающимся образования); |
|  |
|  | в исполнительный орган субъекта Российской Федерации, осуществляющий государственное управление в сфере образования, для мониторинга создания специальных условий в соответствии с заключением (рекомендациями) психолого-медико-педагогической комиссии (в случае проведения обследования психолого-медико-педагогической комиссией, созданной указанным органом); |
|  |
|  |  |
|  | в орган местного самоуправления, осуществляющий управление в сфере образования, для мониторинга создания специальных условий в соответствии с заключением (рекомендациями) психолого-медико-педагогической комиссии (в случае проведения обследования психолого-медико-педагогической комиссией, созданной указанным органом); |
|  |
|  |  |
|  | в комиссию по делам несовершеннолетних (в случае проведения обследования по постановлению комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав). |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « » |  | 2025 | года |  |  |  |
|  |  |  |  |  | (подпись) | (расшифровка подписи) |

Дополнительно к заявлению сообщаю о ребенке следующее:

|  |  |
| --- | --- |
| Обследование в ПМПК комиссии | * первичное
* повторное
 |
| Наличие инвалидности:  | * нет
* да (указать сроки установленной инвалидности)
 |
| Ребенок - член семьи участника СВО | * нет
* да
 |
| Форма устройства обследуемого, оставшегося без попечения родителей: | * усыновление (удочерение)
* опека
* попечительство
* приемная семья
* патронатная семья
* пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей
 |
| Организация обучения:  | * в образовательной организации
* на дому
* в санаторной ОО
* в медицинской организации
* семейное образование
* иное (указать)
 |
| Форма получения образования: | * очная
* очно-заочная
* заочная
 |
| Был ли перевод на обучение по адаптированной программе | * нет
* да (указать программу)
 |
| Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, которую посещает обследуемый |  |
| Группа или класс обучения на момент обращения |  |
| Образовательная программа на момент обращения |  |
| Дополнительная информация (при необходимости) |  |