Рег.номер	/

Директору
Государственного бюджетного нетипового образовательного учреждения центра психолого – педагогической, медицинской и социальной помощи Красногвардейского района Санкт-Петербурга «Школа здоровья и индивидуального развития»
Тихашину С. А.

от_____
ФИО родителя (законного представителя)

_____

_____
контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу рассмотреть результаты комплексного психолого – медико – педагогического обследования моего ребенка_____
ФИО ребенка (полностью)

дата рождения _____, № ДОУ, ОУ _____,

проживающего по адресу: _____,

на Территориальной психолого – медико – педагогической комиссии для определения образовательной программы и специальных условий обучения.

На дату написания заявления я не лишен(а) родительских прав.

«___» _____ 20___г. _____
подпись

Перечень представленных документов (*отметить*):

- ☐ документ, удостоверяющий личность законного представителя
- ☐ документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка
- ☐ копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка
- ☐ направление образовательной, медицинской или иной организации
- ☐ заключение ПМП-консилиума ОУ, заключение ТПМПК (ранее выданные)
- ☐ характеристика, выданная образовательной организацией
- ☐ выписка из истории развития ребенка с результатами медицинского и психолого-педагогического обследования
- ☐ медицинские сведения из ЦВЛ «Детская психиатрия»

другое
_____