Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

Кронштадтского района Санкт-Петербурга (ТПМПК)

Т.В. Ткачевой

**ЗАЯВЛЕНИЕ о проведении и обследовании ребенка в ТПМПК**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф. И. О. родителя/законного представителя)*

*паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, *выдан,(кем* и *когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*регистрация по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*контактный телефон* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу принять документы моего ребенка

*Ф. И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*дата рождения* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*адрес регистрации*

*адрес проживания*

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 свидетельства о рождении ребенка (предъявлен оригинал или заверенная в установленном порядке копия).
* Направление образовательной организации (далее - 00), организации.
* Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации).
* Характеристика воспитанника (обучающегося), выданная 00.
* 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).

**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.
* Информирование родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования, осуществляется ТПМПК в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.
* 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.

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

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**