|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю ТПМПК №7 Спиридоновой Елене Михайловне |
|  |  |
|  | От |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | *(Ф.И.О. родителя(ей) / законного представителя, домашний адрес)* |
|  | Адрес электронной почты (при наличии): |
|  |  |
|  | Конт. тел. |  |

**Заявление**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения ребенка)*

на ТПМПК № 7 и представить мне заключение (рекомендации)*(отметить нужное)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | О создании специальных условий для получения образования |
|  | О создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования |
|  | О создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся |
|  | Об оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации |

Настоящим даю(ем) своё согласие на аудиозапись и видео съёмку моего ребёнка в процессе проведения обследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / |  |  | «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» | 20 \_\_\_ год |
| *(подпись)* |  | *(расшифровка подписи)* |  |  |  |