

Руководителю ПМПК

(Ф.И.О.)_____
(Ф. И. О. родителей, законных представителей)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести в моём присутствии комплексное обследование педагогическими и медицинскими специалистами ПМПК (психолог, логопед, дефектолог, соц. педагог, невролог, психиатр, педиатр и т.д.) моего ребенка _____

(Ф. И. О. ребенка, дата рождения)

Обучающегося _____ группы (класса) _____
(наименование образовательной организации)

Обязуюсь присутствовать на заседании ПМПК. Согласен (а) на предоставление рекомендаций по созданию условий для воспитания и обучения моего ребёнка, на обработку, использование и хранение персональных данных. Обязуюсь, по окончании срока указанного в коллегиальном заключении, представить ребенка на повторное обследование ПМПК для корректировки рекомендаций с учетом динамики развития.

О том, что коллегиальное заключение действительно 1 год предупрежден (а).

Дата _____

Подпись _____

Контактный телефон _____

Директору МКОУ Чайковская СОШ
Измалковой Г.К.

(Ф. И. О. родителей, законных представителей)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
отказываюсь от проведения комплексного обследования педагогическими и медицинскими специалистами ПМПК (психолог, логопед, дефектолог, соц. педагог, невролог, психиатр, педиатр и т.д.) моего ребенка _____

(Ф. И. О. ребенка, дата рождения)

Обучающегося _____ группы (класса) _____
(наименование образовательной организации)

О возможных трудностях в развитии, воспитании, обучении предупрежден(а).
Ответственность за дальнейшее развитие моего ребенка беру на себя.

Дата _____

Подпись _____

Контактный телефон _____