

**Администрация Прионежского муниципального района Республики Карелия  
Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Прионежского  
муниципального района**

Руководителю территориальной ПМПК  
Прионежского муниципального района

от \_\_\_\_\_

адрес: \_\_\_\_\_

тел: \_\_\_\_\_

### **Заявление**

Прошу Вас провести обследование моего ребенка

\_\_\_\_\_ года рождения, специалистами ПМПК для  
определения дальнейшего образовательного маршрута и необходимой  
психолого-медико-педагогической коррекции.

На обработку персональных данных согласен(а).

С условиями проведения обследования на ПМПК ознакомлен(а) и  
согласен(а).

Дата:

Подпись: