

**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: