

Заведующей психолого-медико-педагогической комиссии
Симферопольского района
Кашириной Е.Н. _____

**Направление
на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию**

На ТПМПК направляется _____
(Ф.И.О. ребенка)

_____ (дата рождения ребенка)

обучающийся/обучающаяся _____ класса (группы)
(нужное подчеркнуть)

_____ (наименование образовательной организации, организации)

Причина(ы) направления на ТПМПК _____

Руководитель
организации
М.П

_____ подпись

_____ Ф.И.О.

Исполнитель
контактный телефон

Руководителю ТПМПК
Симферопольского района
(официальное наименование ПМПК)
Кашириной Екатерине Николаевне

(Ф.И.О. законного представителя (полностью)
проживающего (ей) по адресу:

тел. _____

Заявление

Прошу Вас впервые/повторно (нужное подчеркнуть) провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка специалистами ТПМПК _____

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения, место регистрации ребенка)

(образовательная организация, класс (группа)

Ознакомлен с тем, что в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

* С рекомендациями специалистов _____
(согласен/не согласен)

* Претензий к обследованию _____
(имею/не имею)

Дата _____ Подпись родителей _____

***Примечание:** заполняется после проведения обследования

**Форма согласия родителей (законных представителей) на обработку персональных данных
Согласие родителей (законного представителя) на обработку персональных данных
Я,**

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

проживающий по адресу:

паспорт: № _____ серия _____, выдан кем _____

дата выдачи _____

являясь законным представителем (опекуном)

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

на основании п.1.ст.64 Семейного кодекса РФ (п.2 ст. 15 ФЗ от 24 апреля 2008 года № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»), даю свое согласие территориальной психолого-медико-педагогической комиссии **на обработку персональных данных** моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам – министерству образования и науки, медицинским учреждениям, прокуратуре и др.), **с целью** (проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования; определения образовательного маршрута; организации специальных образовательных условий; ведения статистики, другое) _____

(нужное подчеркнуть или вписать)

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: - данные свидетельства о рождении, паспорта; - данные медицинской карты; - документов об обучении; - данные характеристики;

- данные заключений специалистов школьного ПМПконсилиума; - адрес проживания, телефон;

- данные врачебных заключений (психиатра, невролога, офтальмолога, сурдолога, ортопеда и др.);

- данные справки об инвалидности; - данные карты ИПР.

Настоящее согласие действует с момента подписания.

Подпись: _____ / Ф.И.О. законного представителя/опекуна

Дата _____

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА № _____

Название ПМПК _____
Местоположения (адрес) _____
Телефон _____

Общие сведения о ребенке

1. ФИО _____
 2. Дата рождения _____, полных лет на момент обследования _____
 3. Место проживания _____
 4. В каких учреждениях воспитывался, обучался _____
 5. Форма обучения (надомная, очная, очно-заочная, семейная) _____
 6. Программа обучения _____
 7. Кем направлен на обследование _____
 8. Цель обследования _____
 9. Сведения о родителях (лиц их заменяющих) _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Основные медицинские выводы

1. Педиатр (развернутые анамнестические данные из истории развития ребенка) _____

Врач _____ Подпись _____ Дата _____

2. Психиатр

Врач _____ Подпись _____ Дата _____

3. Офтальмолог

Врач _____ Подпись _____ Дата _____

4. Отоларинголог

Врач _____ Подпись _____ Дата _____

5. Невролог

Врач _____ Подпись _____ Дата _____

6. Хирург (по необходимости)

Врач _____ Подпись _____ Дата _____

7. Медико-генетическая консультация (по необходимости)

Врач _____ Подпись _____ Дата _____

8. Другие специалисты

Врач _____ Подпись _____ Дата _____

Психолог _____ Подпись _____ Дата _____

Педагогическая характеристика
(характеристика знаний, умений и навыков, особенности усвоения учебного материала)

Педагог _____ Подпись _____ Дата _____

