

Руководителю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани Т.С. Паксиватовой
ФИО родителя (законного представителя) полностью

_____ документ, удостоверяющий личность

Выдан _____

Регистрация по адресу: _____

Фактическое проживание _____

Тел.: _____

e-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка

_____ (ФИО ребенка полностью, дата рождения)

_____ регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

с целью _____ (определение, уточнение, изменение образовательного маршрута; создание условий при прохождении ГИА, несогласие с заключением ПМПК и др.)

при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

Ознакомлен(а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-педагогическом обследовании моего ребёнка.

Поставлен(а) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования в психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа – Югры:

№	Перечень документов для проведения обследования
1.	Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
2.	Согласие на обработку персональных данных
3.	Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет
4.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)
5.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по предоставлению интересов ребёнка
6.	Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
7.	Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющих психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций (при наличии))
8.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ПМПК) (для обучающихся образовательных организаций)
9.	Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
10.	Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)
11.	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка
12.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии)
13.	Заключение врачебной комиссии (при наличии)
14.	Другие документы (при желании родителя (законного представителя))

Прошу предоставить мне копию заключения ПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии).

Согласен(а) на обработку персональных данных, в том числе персональных данных моего ребенка, в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ / _____
(подпись)

_____ / _____
(расшифровка подписи)

Руководителю территориальной
психолого-медико-педагогической комиссии
города Нягани Т.С. Паксиватовой

ФИО родителя (законного представителя)

Регистрация по адресу: _____

Фактическое проживание _____

**Согласие на проведение медицинского обследования
лица, достигшего возраста 15 лет**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт № _____, выдан _____

_____ (кем выдан, дата выдачи)

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии.

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Руководителю территориальной
психолого-медико-педагогической комиссии
города Нягани Т.С. Паксиватовой

ФИО родителя (законного представителя)

Регистрация по адресу: _____

Фактическое проживание _____

**Согласие на проведение медицинского обследования
родителя (законного представителя) лица, не достигшего возраста 15 лет или лица,
признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по
своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство**

Я, _____,

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт _____ № _____, выдан _____

(кем выдан, дата выдачи)

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного
психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической
комиссии моего ребенка

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение
о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая
хранится в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани..
Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической
помощью являются врачебной тайной.

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. заявителя)

серия _____ № _____
(вид основного документа, удостоверяющего личность)

выдан _____
(орган и дата выдачи)

проживающий(ая) по адресу: _____

действующий(ая) на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия представителя и его реквизиты)

принимаю решение о предоставлении своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данные о родстве с ребенком, **а также персональных данных моего ребенка** _____

_____,
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

проживающего(ей) по адресу: _____

серия _____ № _____,
(вид основного документа, удостоверяющего личность)

включающих фамилию, имя, отчество ребенка, дату рождения, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность, пол, статус семьи, данные о состоянии здоровья ребенка и его медицинском обследовании, сведения об учебной деятельности, в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию города Нягани с местом нахождения по адресу: 628181, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, город Нягань, улица Загородных, дом 7а.

и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях.

Целью обработки персональных данных является проведение специалистами ПМПК комплексного обследования для подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи и организации обучения и воспитания, подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций ПМПК.

Подтверждаю согласие на следующие действия с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных путем смешанной обработки персональных данных.

Согласие может быть отозвано путем направления письменного уведомления в адрес ПМПК с требованием о прекращении обработки персональных данных.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)

_____/_____
(расшифровка подписи)