|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ОГКОУ «Центр ППМС «Доверие» Беспаловой Т.А.  (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  контактный телефон:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи

В соответствии с частью 3 статьи 42 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" прошу зачислить моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в отделение психолого-педагогического сопровождения и оказывать психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь моему ребенку, в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в части:

-психолого-педагогического консультирования обучающегося;

-коррекционно-развивающих и компенсирующих занятий с обучающимся;

-логопедической помощи обучающемуся;

-обучения по адаптированной основной общеобразовательной программе начального/основного общего образования;

-обучения по адаптированной основной общеобразовательной программе для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями);

- оказания помощи в профориентации и социальной адаптации;

-реализации программ дополнительного образования

(подпись родителя (законного представителя)

(дата)

 Согласен (на) на оказание экстренной и (или) кризисной психологической помощи (при необходимости).

(подпись родителя (законного представителя)

(дата)

 Согласен (на) на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, указанных в заявлении.

(подпись родителя (законного представителя)

(дата)

ОГКОУ «Центр ППМС «Доверие»

Согласие родителей (законных представителей) обучающегося на проведение психолого-педагогического обследования и оказание психолого-педагогической помощи.

специалистами ППк ОГКОУ «Центр ППМС «Доверие»

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО родителя (законного представителя) обучающегося)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер и серия паспорта, когда и кем выдан)

являюсь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, класс/группа, в котором/ой обучается обучающийся, дата рождения)

Выражаю согласие на проведение психолого-педагогическое обследование и оказание психолого-педагогическое помощи специалистами ППк ОГКОУ «Центр ППМС «Доверие»

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)