**Заявка**

**на проведение комплексного обследования**

**специалистами ЦПМПК**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п\п | Ф.И.О. ребенка, дата рождения | Адрес проживания | Образовательная организация(школа, д/с),класс,образовательная программа | Первично/повторно(заключение ПМПК№\_\_ от\_\_) | Инвалидность (да/нет) | Цель обращения на ЦПМПК | Наличие заявления и согласия законного представителя на проведение комплексного обследования |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 М.П. Руководитель МОУО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)

Исполнитель: ФИО (телефон)

Обращаем внимание на необходимость соблюдения Федерального закона [от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ](https://its.1c.ru/db/garant/content/12048567/hdoc) «О персональных данных» (при передаче по электронной почте (cpmpk45@yandex.ru) списки должны быть заархивированы и закодированы, после отправки по тел. 8(3522) 44-98-60, 8 (3522) 29-29-60 необходимо сообщить код доступа).