

Руководителю Территориальной ПМПК  
Бузулукского района Оренбургской области

Государственное бюджетное учреждение  
«Региональный центр психолого-педагогической,  
медицинской и социальной помощи Оренбургской области «Семья»  
(ГБУ РЦ ПМСП) Центральная ПМПК Оренбургской области

Чакан Елене Викторовне  
(Ф.И.О. )

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации родителя/законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес фактического проживания родителя/законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность, серия, номер, дата выдачи)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(адрес электронной почты (при наличии))

**заявление о проведении обследования в  
Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое  
обследование моего ребенка \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, и предоставить мне  
заключение (рекомендации) о *(выбрать нужное)*

- создании специальных условий для получения образования;*
- создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования;*
- создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;*
- оказания психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.*

С использованием и обработкой предоставляемых сведений, а также данных, полученных в результате обследования специалистами комиссии, согласен(а), а также ознакомлен(а) с порядком проведения обследования:

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)