|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Председателю территориальной  ПМПК Тамбовского муниципального округа  Тамбовской области  И.Н. Борзых |
|  | ФИО ребенка (родителей) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Место проживания: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Паспортные данные ребенка: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас освидетельствовать меня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (моего ребенка, *ФИО ребенка*)

и выдать заключение для участия в государственной (итоговой) аттестации.

Прошу предоставить мне коллегиальное заключение ТПМПК Тамбовского муниципального округа Тамбовское области.

Ознакомлен (а) с тем, что в работе ТПМПК Тамбовского муниципального округа Тамбовской области применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Даю согласие на проведение обследования, хранение и обработку персональных данных.

С использованием и обработкой предоставляемых на комиссию сведений, а также данных, полученных в результате обследования специалистами ТПМПК Тамбовского муниципального округа Тамбовской области согласен (а).

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

Дата Подпись Расшифровка подписи