В СОГБУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и семей»

руководителю ЦПМПК Тимошенковой Т. В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (фамилия, имя, отчество)

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

родителя (законного представителя) ребёнка\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (фамилия, имя, отчество)

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

Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

о проведении обследования в центральной психолого-медико-педагогической комиссии

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка

(ФИО ребенка полностью, дата рождения)

и по результатам обследования предоставить мне заключение (рекомендации) комиссии 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;

- оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. ФЗ № 152 «О персональных данных»

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись расшифровка*

**К заявлению прилагаю:**

1. Документ (копию), удостоверяющий личность родителя (законного представителя), документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка
2. Копия свидетельства о рождении обследуемого или документа, подтверждающего родство заявителя
3. Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
4. Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
5. Постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав о направлении на комиссию (при наличии)
6. Представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающегося в образовательной организации (при наличии)
7. Заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
8. Подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей: лор, окулист, невролог, психиатр, педиатр
9. Копию справки, подтверждающей факт установления инвалидности и ИПРА (при наличии)
10. Копии диагностических и (или) контрольных работ обследуемого обучающегося, заверенные руководителем организации, оригиналы рабочих тетрадей по русскому языку и математике. Результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка (для дошкольников)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись заявителя расшифровка*

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, ,

(ФИО законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность, дата рождения)

на основании **Закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (ред. 27.05.2012) "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи"** даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство относительно моего ребенка (подопечного)

(ФИО ребенка (подопечного) полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность, дата рождения)

 в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде опроса, неинвазивного обследования, консультативной помощи).

 Я осведомлен(а), что данные медицинского освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в СОГБУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и семей». Сведения о состоянии здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись заявителя расшифровка*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись врача расшифровка*

**Информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование**

Я, ,

(ФИО законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность, дата рождения)

на основании **Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"** даю информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование относительно моего ребенка (подопечного)

(ФИО ребенка(подопечного) полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность, дата рождения)

рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде психиатрического освидетельствования и оказания консультативной помощи).

 Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в СОГБУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и семей». Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись заявителя расшифровка*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись врача расшифровка*