

**З А Я В Л Е Н И Е**  
**о проведении обследования ребенка в ЦПМПК**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф. И. О. родителя/ законного представителя)  
паспорт № \_\_\_\_\_, выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

регистрация по адресу \_\_\_\_\_  
контактный телефон \_\_\_\_\_

**прошу принять документы моего ребенка**

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

район и адрес регистрации \_\_\_\_\_

район и адрес проживания \_\_\_\_\_

**и провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование с целью выработки рекомендаций по определению образовательной программы.**

**Причина обращения в ЦПМПК:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Перечень представленных документов:**

(Отметить)

- Предъявлен документ, удостоверяющий личность законного представителя.
- Предъявлен документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка.
- Копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предъявлен оригинал или заверенная в установленном порядке копия).
- Направление образовательной организации (далее - ОО), организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации.
- Заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума ОО или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в ОО.
- Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка.
- Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации).
- Характеристика обучающегося, выданная ОО.
- Письменные работы по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.
- Копии справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, и индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида/ инвалида (ИПР/ ИПРА) (предъявлены оригиналы или заверенные в установленном порядке копии).
- Заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка.
- Медицинские сведения из СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина».

Другие документы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Я информирован(а) о следующем:**

- Ответственность за предоставление полного пакета корректных документов лежит на родителе (законном представителе). В случае если на ЦПМПК будет представлен неполный комплект документов или документы будут некорректно оформлены, в обследовании ребенка на комиссии может быть отказано.
- При необходимости ЦПМПК запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке.
- Информирование родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования, осуществляется ЦПМПК в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.
- Состав специалистов ЦПМПК, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются руководителем ЦПМПК исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей. При решении ЦПМПК о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

**Прошу предоставить мне копию заключения ЦПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии).**

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

\_\_\_\_\_  
(Подпись законного представителя ребенка с расшифровкой)