|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | от | 28.02.2025 | № | 217-О |

Руководителю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, инициалы руководителя)*

**Направление на обследование**

**территориальной психолого-медико-педагогической комиссией** **Нефтеюганского района**

официальное наименование ПМПК

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

наименование образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации

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

адрес местонахождения, контактный телефон

направляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка, дата рождения

на обследование специалистами территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Нефтеюганского района с целью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Приложение:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Перечень документов, выданных родителю (законному представителю) для предъявления в ПМПК.** | *Наличие* |
| 1. | Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии |  |
| 2. | Согласие на обработку персональных данных |  |
| 3. | Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет/ не достигшего возраста 15 лет |  |
| 4. | Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии) |  |
| 5. | Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка |  |
| 6. | Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии) |  |
| 7. | Представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося |  |
| 8. | Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии) |  |
| 9. | Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) |  |
| 10. | Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка |  |
| 11. | Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии) |  |
| 12. | Заключение врачебной комиссии (при наличии) |  |
| 13. | Другие документы (при желании родителя (законного представителя) |  |

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (расшифровка подписи)*

М.П.