Руководителю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Балашовского района ГБ ОУ СО «Школа АОП №11 г. Балашова»

	0Т
	год рождения
	паспорт
	(№, серия, кем и когда выдан)
	Проживающего (ей) по адресу:
	контактные телефоны:
	ЗАЯВЛЕНИЕ
Прошу Вас провести комплексное обследование	
	(Ф.И.О., дата рождения)
общении, поведении; социалы здоровьем; с целью определен целью создания специальных аттестации; после диагности подчеркнуть). Обследование впервые/ поведение Даю согласие на проведение	кой комиссией в связи с трудностями в обучении, но — педагогическими проблемами, проблемами сония или изменения образовательного маршрута; с условий проведения государственной итоговой ического года обучения; консультация (нужное торно (нужное подчеркнуть) е обследования в Комиссии. ение и обработку моих персональных данных.
Дата «»	20 г
Подпись заявителя	
Дата «»20г.	
Подпись члена Комиссии	
	Линия отрыва
Заявление и документы для прохождения те паспорту родителя (законного представителя № учетной записи в журнале	
(должносп	пь, подпись лица, принявшего документы)
ТПМПК Балашовского района, Контактная информация: тел. 8(84545)3-01-3	E-mail: tpmpk.balashov@mail.ru; 30; Сайт: skosh11.ucoz.ru