|  |
| --- |
| УТВЕРЖДАЮ |
| *должность, ФИО руководителя*  МП |
| *подпись*  « » 2020 г |
|  |

ЗАЯВКА

на обследование специалистами Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии от

(наименование образовательной организации)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п. | ФИО  ребенка | Дата рождения | Полных лет на момент обследования | Класс/  Группа  котор.посещает | Программа обучения  на момент обследования | Причина обращения  на обследование | Адрес проживания | ФИО родителя (законного представителя),  написавшего заявление |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2... |  |  |  |  |  |  |  |  |

Исполнитель

*(ФИО, должность, контактный номер телефона)*