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

ЗАЯВКА

на обследование специалистами Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии от

(наименование образовательной организации)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п. | ФИОребенка | Дата рождения | Полных лет на момент обследования | Класс/Группакотор.посещает | Программа обученияна момент обследования | Причина обращенияна обследование | Адрес проживания | ФИО родителя (законного представителя),написавшего заявление |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2... |  |  |  |  |  |  |  |  |

Исполнитель

*(ФИО, должность, контактный номер телефона)*