*Бланк образовательного учреждения*

|  |  |
| --- | --- |
| *Угловой штамп ОУ*  *№ Дата* | Начальнику  управления образования  администрации муниципального  образования Апшеронский  район  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявка на проведение обследования районной ПМПК в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года

Уважаемая \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_!

Администрация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ просит Вас провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование обучающихся/воспитанников:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п\п | ФИО ребенка | Дата рождения | ФИО законного представителя, контактные данные (тел., домашний адрес) | Причина обращения, диагноз | ОУ, класс\группа | Дополнительная информация |
|  | Иванов Иван Иванович | 07.03.2013 г. | Иванова Дарья Сергеевна  тел 89189665808 гАпшеронск, ул. Гагарина, 9 | Определение образовательного маршрута/создание особых образовательных условий обучения/воспитания | МБДОУ детский сад №4  группа №3 | Первично/повторно |

Заведующий/Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель:

ФИО, контактный телефон