Заполняется на бланке учреждения

В СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и развития»

 руководителю ТПМПК Кузнецовой Т.Е.

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

 (Руководитель или заместитель руководителя образовательного

 учреждения)

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

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

 (адрес, контактный телефон)

 **Н А П Р А В Л Е Н И Е**

 **на проведение обследования ребёнка в ТПМПК**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование с целью определения программы дошкольного образования и определения необходимости создания специальных образовательных условий

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО ребенка, дата рождения)

Перечень представленных документов (отметить):

- Копия паспорта, родителя или законного представителя.

- Предъявлен документ, подтверждающий полномочия по предъявлению интересов ребёнка.

- Копия свидетельства о рождении ребёнка

- Направление образовательной организации

- Копия заключения ПМПК о результатах ранее проведённого обследования ребёнка.

- Карта состояния здоровья и развития ребёнка с заключениями врачей, наблюдающих ребёнка в медицинской организации по месту жительства (регистрации).

- Характеристика ребенка от воспитателя, заверенная печатью и подписью заведующей.

- Характеристика ребенка от учителя-логопеда, заверенная печатью и подписью заведующей.

- Характеристика ребенка от педагога-психолога, заверенная печатью и подписью заведующей.

- Результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребёнка (рисунки 2 шт.)

- Копия справки, подтверждающий факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы

- Копия индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребёнка-инвалида/инвалида (ИПР/ИПРА)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 М.П.

 *подпись расшифровка*