|  |  |
| --- | --- |
| Паспортные данные:Серия Номер | Руководителю Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Чувашской РеспубликиИвановой Е.П.от |
| Кем выдан: |
|  |
| Когда выдан: |
|   | (ФИО родителей) |
| проживающих по адресу: |
|  |
| конт.тел |
|  ЗАЯВЛЕНИЕ |
|  Прошу провести комплексное обследование нашего ребенка |
|  на ПМПК. |
|  (ФИО ребенка, год рождения). |
| Я согласен(на) на обработку персональных данных в соответствии с ФЗ №152 ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных». Дата Подпись |

|  |
| --- |
| **Ф.И.О. ребенка**  |
| Дата рождения: |
| Домашний адрес: |
| Инвалидность (есть / нет) |
| Место учебы  |
| **Мать:** ФИО  |
| Год рождения Образование  |
| Место работы  |
| Должность |
| **Отец:** ФИО |
| Год рождения Образование  |
| Место работы  |
| Должность в армии (служил, не служил) |
| Другие дети (имя, год рождения) |
|  |
|  |