|  |  |
| --- | --- |
| Паспортные данные:  Серия Номер | Руководителю Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Чувашской Республики  Ивановой 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) |
|  |
|  |