**ЗАЯВКА НА ОБСЛЕДОВАНИЕ В ПМПК**

**(ГБУ НАО «НРЦРО», региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «ДАР»)**

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

наименование образовательной организации

просит обследовать следующих обучающихся:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО  ребенка | Дата рождения | Класс  (КВН,  АООП ЗПР)[[1]](#footnote-2) | Дата обследования на ПМПК[[2]](#footnote-3) | Заключение ПМПК[[3]](#footnote-4) | Рекомендации  ПМПК[[4]](#footnote-5) | Запрос | Инвалидность  (если есть, по какому заболеванию) |
|  |  |  | *Например,*  *4 класс*  *АООП ЗПР* |  |  |  | *Например, перевод на обучение по АООП ЗПР;*  *сдача ГИА в форме ГВЭ* |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись руководителя расшифровка подписи

М.П.

1. КВН – класс возрастной нормы, АООП ЗПР – класс, реализующий адаптированную основную общеобразовательную программу для детей с задержкой психического развития [↑](#footnote-ref-2)
2. Указывается дата последнего обследования в ПМПК [↑](#footnote-ref-3)
3. Указывается последнее заключение ПМПК [↑](#footnote-ref-4)
4. Указываются последние рекомендации ПМПК [↑](#footnote-ref-5)