

Председателю ПМПК  
Конаковского муниципального округа  
Ферлей Т.Ю.

От \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

Адрес \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

### **Заявление**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения)

и предоставить мне копию заключения ПМПК Конаковского муниципального округа.

Я \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

даю согласие на проведение обследования специалистами ПМПК Конаковского муниципального округа, на обработку и использование персональных данных моего ребенка, содержащихся в настоящем заявлении и в предоставленных мною документах.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /