|  |
| --- |
| Руководителю ТПМПК  Первовой С.Г.    ФИО (родителя, законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу провести диагностическое обследование моей дочери/сына (нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. ребенка (полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных» даю согласие на обработку следующих персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации по месту жительства, пол, контакты ребенка, свидетельства о рождении (паспорта), сфера учебных интересов. Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия вправе обрабатывать персональные данные мои и моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_