**Заявка на обследование в ПМПК регионального центра психолого-педагогической,**

**медицинской и социальной помощи «ДАР»**

Администрация ОО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

просит обследовать следующих воспитанников:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО  ребенка | Дата рождения | Группа  (ВН, ГКН для детей с ТНР, ГКН для детей с ЗПР)[[1]](#footnote-2) | Дата обследования на ПМПК | Заключение (предыдущего ПМПК) | Рекомендации | Запрос | Инвалидность  (если есть, по какому заболеванию) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП

1. ВН – возрастная норма, ГКН – группа компенсирующей направленности, ТНР – тяжелые нарушения речи, ЗПР – задержка психического развития [↑](#footnote-ref-2)