

№ _____
от « ____ » _____ 20__ г.

Руководителю центра психолого-педагогической,
медицинской и социальной помощи ГАОУ СО «Центр
образования «Родник знаний»

Селивановой Н.С.

от _____

(Ф.И.О. полностью)

год рождения _____

паспорт _____

(№, серия, кем и когда выдан)

проживающего(-ей) по адресу: _____

контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В связи с проблемами моего ребёнка (обучающегося)

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

(образовательная организация, класс)

а именно (указать проблему):

- неусвоение основной образовательной программы;
- проблемы в поведении и развитии;
- логопедические проблемы;
- другое _____

прошу оказать мне помощь в форме психолого-педагогического
консультирования (выбрать):

- педагога-психолога
- учителя-дефектолога
- учителя-логопеда
- врача-невролога

С нормативными документами по организации психолого-педагогической и социальной помощи ознакомлен(а).

Информацию о предоставлении помощи сообщить по телефону, лично,
на адрес электронной почты (нужное подчеркнуть).

Даю согласие на обработку персональных данных в порядке,
установленном законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка)