

Председателю территориальной
психолого-медико-педагогической комиссии
Невского района Санкт-Петербурга
Иноземцевой В.Г.

от _____

(Ф.И.О. законного представителя)

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу провести обследование моего ребенка,

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

зарегистрированного по адресу _____,

проживающего по адресу _____,

специалистами ТПМПК (учителем-дефектологом, учителем-логопедом, педагогом-психологом,

_____) или всеми указанными специалистами для представления ребенка на ТПМПК.

(нужное подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____

Контактный телефон _____