

Приложение № 1
к порядку организации деятельности
по оказанию психолого-педагогической,
медицинской и социальной помощи
в организациях, осуществляющих
образовательную деятельность
на территории городского округа
«город Клинцы Брянской области»

ЗАЯВЛЕНИЕ
на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
Руководителю _____

(наименование организации,
осуществляющей
образовательную деятельность,
или центра психолого-
педагогической, медицинской и
социальной помощи, фамилия,
инициалы руководителя)

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)
родителя (законного представителя)

Ф.И.О.обучающегося (полностью)

Номер телефона: _____

Адрес электронной

почты (при наличии): _____

В соответствии с [частью 3 статьи 42 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"](#) прошу оказывать психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь моему ребенку,

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

В _____ году (учебном году) в части:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | психолого-педагогического консультирования обучающегося; |
| <input type="checkbox"/> | психолого-педагогического обследования; |
| <input type="checkbox"/> | коррекционно-развивающих и компенсирующих занятий с обучающимся; |
| <input type="checkbox"/> | логопедической помощи обучающемуся; |
| <input type="checkbox"/> | реализации комплекса реабилитационных и других медицинских мероприятий <i>(при наличии соответствующей лицензии у организации)</i> ; |
| <input type="checkbox"/> | помощи обучающемуся в профориентации, получении профессии и социальной адаптации. |

(подпись родителя (законного представителя)

(дата)

Согласен на оказание экстренной и (или) кризисной психологической помощи (при необходимости).

(подпись родителя (законного представителя)

(дата)

Согласен на обработку моих персональных данных и персональных данных моего

ребенка,
указанных в заявлении.

(подпись родителя (законного представителя))

(дата)

Приложение № 2
к порядку организации деятельности
по оказанию психолого-педагогической,
медицинской и социальной помощи
в организациях, осуществляющих
образовательную деятельность
на территории городского округа
«город Клинцы Брянской области»

СОГЛАСИЕ

на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
Руководителю _____

(наименование организации,
осуществляющей образовательную
деятельность, или центра
психолого-педагогической,
медицинской и социальной
помощи, фамилия, инициалы
руководителя)

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)
родителя (законного представителя))

Ф.И.О.обучающегося (полностью)

Номер телефона: _____

Адрес электронной

почты (при наличии): _____

В соответствии с [частью 3 статьи 42 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"](#) выражаю согласие на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи моему ребенку,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

В _____ году (учебном году) в части:

- психолого-педагогического консультирования обучающегося;
- психолого-педагогического обследования;
- коррекционно-развивающих и компенсирующих занятий с обучающимся;
- логопедической помощи обучающемуся;
- реализации комплекса реабилитационных и других медицинских мероприятий (*при*

наличии соответствующей лицензии у организации);
 помощи обучающемуся в профориентации, получении профессии и социальной адаптации.

(подпись родителя (законного представителя))

(дата)

Согласен на оказание экстренной и (или) кризисной психологической помощи (при необходимости).

(подпись родителя (законного представителя))

(дата)

Согласен на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка,
указанных в заявлении.

(подпись родителя (законного представителя))

(дата)