В СОГБУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и семей»

руководителю ЦПМПК Тимошенковой Т. В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (фамилия, имя, отчество)

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

родителя (законного представителя) ребёнка\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (фамилия, имя, отчество)

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

Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

о проведении обследования в центральной психолого-медико-педагогической комиссии

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка

(ФИО ребенка полностью, дата рождения)

и по результатам обследования предоставить мне заключение (рекомендации) комиссии о (выбрать нужное):

- создании специальных условий для получения образования;

- создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования;

- создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;

- оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. ФЗ № 152 «О персональных данных»

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись расшифровка*

**К заявлению прилагаю:**

1. Документ (копию), удостоверяющий личность родителя (законного представителя), документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка
2. Копия свидетельства о рождении обследуемого или документа, подтверждающего родство заявителя
3. Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
4. Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
5. Постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав о направлении на комиссию (при наличии)
6. Представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающегося в образовательной организации (при наличии)
7. Заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
8. Подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей: лор, окулист, невролог, психиатр, педиатр
9. Копию справки, подтверждающей факт установления инвалидности и ИПРА (при наличии)
10. Копии диагностических и (или) контрольных работ обследуемого обучающегося, заверенные руководителем организации, оригиналы рабочих тетрадей по русскому языку и математике. Результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка (для дошкольников)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись заявителя расшифровка*

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, ,

(ФИО законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность, дата рождения)

на основании **Закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (ред. 27.05.2012) "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи"** даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство относительно моего ребенка (подопечного)

(ФИО ребенка (подопечного) полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность, дата рождения)

 в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде опроса, неинвазивного обследования, консультативной помощи).

 Я осведомлен(а), что данные медицинского освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в СОГБУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и семей». Сведения о состоянии здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись заявителя расшифровка*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись врача расшифровка*

**Информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование**

Я, ,

(ФИО законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность, дата рождения)

на основании **Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"** даю информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование относительно моего ребенка (подопечного)

(ФИО ребенка(подопечного) полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность, дата рождения)

рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде психиатрического освидетельствования и оказания консультативной помощи).

 Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в СОГБУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и семей». Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись заявителя расшифровка*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись врача расшифровка*

**Согласие родителя (законного представителя)**

**на обработку персональных данных ребёнка**

Я, ,

(ФИО родителя(законного представителя) ребенка полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность)

**настоящим даю свое согласие на обработку в Центральной психолого-медико-педагогической комиссии персональных данных ребёнка**, к которым относятся: данные, удостоверяющие личность ребёнка (свидетельство о рождении или паспорт); данные о возрасте и поле; данные о гражданстве; данные медицинской карты, полиса обязательного/добровольного медицинского страховании; данные о прибытии в/из образовательных организаций; Ф.И.О. родителя/законного представителя, кем приходится ребёнку, адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищённых обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определённым основаниям, предусмотренным законодательством (ребёнок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребёнок сирота); форма получения образования ребёнком; изучение русского (родного) и иностранных языков; сведения об успеваемости и внеурочной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам; данные психолого-педагогической характеристики; форма и результат участия в ГИА; форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования; отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях; данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний, о рекомендациях к обучению в образовательной организации, данные медицинских обследований, медицинские заключения); сведения, содержащиеся в документах воинского учёта.

Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия ребёнку в реализации его конституционного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих, контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества.

**Я даю согласие на использование персональных данных ребёнка в целях:** обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; учёта детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях; соблюдения порядка и правил приёма в образовательную организацию; учёта реализации прав обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными государственными стандартами; учёта обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите; учёта данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии; использование в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним; заполнение базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведение мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования; обеспечение личной безопасности обучающихся.

**Настоящим подтверждаю своё согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.**

Настоящие согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребёнка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам – территориальным органам управления образования, государственным медицинским и образовательным организациям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а так же осуществление любых иных действий с персональными данными ребёнка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован/а, что Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребёнка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию письменного отзыва. Согласен/согласна что Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, ,

(ФИО родителя(законного представителя) ребенка полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность)

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребёнка.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись расшифровка*

 **Согласие на обработку персональных данных**

**родителя (законного представителя)**

Я, ,

(ФИО родителя(законного представителя) ребенка полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность)

настоящим **даю своё согласие на обработку в Центральной психолого-медико-педагогической комиссии своих персональных данных**, к которым относятся: данные, удостоверяющие личность (паспорт); данные о возрасте и поле; данные о гражданстве; адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении.

Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия в реализации конституционного права на образование своего ребёнка.

**Я даю согласие на использование персональных данных в целях:** обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; использование в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним; заполнение базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведение мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования; обеспечение личной безопасности обучающихся.

**Настоящим подтверждаю своё согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.**

Настоящие согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам – территориальным органам управления образования, государственным медицинским и образовательным организациям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а так же осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован/а, что Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребёнка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию письменного отзыва.

Согласен/согласна что Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, ,

(ФИО родителя(законного представителя) ребенка полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность)

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребёнка.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись*