|  |
| --- |
| Директору МБОУ «Чарышская СОШ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес электронной почты (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заявление**  
**на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи**

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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ учебном году в части:

|  |  |
| --- | --- |
|  | психолого-педагогического консультирования обучающегося; |
|  | 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) |