**Памятка для родителей (законных представителей)**

Перечень документов для представления ребенка на ЦПМПК комиссию по определению в группы ДОУ компенсирующей, комбинированной направленности.

1. Письменное заявление родителя (законного представителя).
2. Ксерокопия паспорта родителя (законного представителя).
3. «Выписка»**1** ребенка на ЦПМПК комиссию (подлинник+1 ксерокопия). Каждую графу «выписки» заполняют по установленному образцу специалисты детской поликлиники по месту проживания ребенка. Каждое заключение специалиста должно быть заверено печатью.
4. Свидетельство о рождении ребенка (1 ксерокопия).
5. Медицинские сведения, которые необходимо заказать у психиатра в районном ПНД.
6. При наличии инвалидности – Свидетельство об инвалидности ребенка (подлинник+1 ксерокопия).
7. На детей, имеющих нарушения слуха, - заключение из Городского центра восстановительного лечения для детей со слухо-речевой  патологией №1 с приложением аудиограммы (подлинник+ 1 ксерокопия).
8. На детей с нарушением зрения – заключение из Городского диагностического центра (глазного) (подлинник+1 ксерокопия).
9. На детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата – заключение врача-ортопеда и последние рентгеновские снимки (подлинник+1 ксерокопия).
10. На детей, посещающих ДОУ, представить педагогическую характеристику.
11. Письменное согласие на обработку персональных данных.

Документы для прохождения ЦПМПК принимаются по адресу:

Лиговский пр., дом 46, лит. А

Дни и часы приемы документов:

Вторник – с 10.00 до 15.00

Среда – с 15.00 до 20.00

Ответственный за прием документов в ГБОУ ЦДК:

Ильева Ирина Алексеевна

Тел. : 764-57-56 (звонить в часы работы кабинета: пн, вт, чт, пт - с 9:00 до 15:00, ср - с 15:00 до 20:00)

Тел. рег. : 314-13-12

Адреса центров:

Городской центр восстановительного лечения для детей со слухо-речевой патологией №1:

Пр. Шаумяна, д.29, поликлиника №34

Тел.: 528-97-08

Городской диагностический центр (глазной)

Ул. Моховая, 38

Тел.: 273-18-62; 273-16-33

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» (консультативно-методическое отделение)

Ул. Чапыгина, 13

234-43-38

|  |
| --- |
| **ДОШКОЛЬНАЯ**Руководителю Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Санкт-ПетербургаЕ. Б. Плетневой от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ф. и. о. законного представителя) |

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас рассмотреть документы моего ребенка

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

(ф. и. о., год рождения)

зарегистрированного по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на ЦПМП комиссии для определения образовательной программы для детей с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_