

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)  
адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

адрес: \_\_\_\_\_ (Ф. И. О. родителя или законного представителя ребенка)

телефон: \_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

## Согласие родителей (законных представителей) на проведение обследования ребенка

Я, являясь законным представителем \_\_\_\_\_,  
(Ф. И. О. ребенка)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, обучающегося в \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (наименование ОО)

не возражаю против обследования ребенка для получения заключения центральной/территориальной психолого-медико-педагогической комиссией с рекомендацией обучения ребенка в образовательной организации в соответствии с его особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)