

Руководителю ПМПК

От (Ф.И.О. родителя)

Адрес фактич. проживания/регистрации _____

контактный телефон _____

Согласие

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

являясь законным представителем (_____) ребёнка _____
(отец, мать)

_____ (Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения)
даю согласие на проведение его обследования в условиях Территориальной муниципальной ПМПК в моём отсутствии и обработку персональных данных методами, обеспечивающими безопасность данных, если это не противоречит действующему законодательству.

Информирован (а) о дате, времени, месте и порядке проведения обследования.

Доверяю _____ (_____)
(Фамилия, Имя, Отчество) (отец, мать ребёнка)

право при обсуждении результатов обследования высказывать самостоятельное мнение от лица обоих родителей (законных представителей ребёнка) и подписывать соответствующие документы.

Копия свидетельства о рождении ребёнка прилагается.

Дата

Подпись