

## СОГЛАСИЕ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., дата рождения родителя/законного представителя)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_

на основании свидетельства о рождении ребенка серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,

выданного \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

*кем и когда выдано свидетельство о рождении ребенка*

даю согласие на обследование моего ребёнка/подопечного специалистами Республиканской психолого-медико-педагогической комиссии ГБОУ «Республиканский центр образования»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г. Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /