

## Заявление

Председателю Территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии

Я, мать (отец, законный представитель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

согласен(а) на обследование моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы, дата рождения ребенка)

посещающего образовательное учреждение (№ школы, класс, детский сад №,  
воспитывающегося на дому) \_\_\_\_\_

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Прошу рассмотреть документы, необходимые для обследования моего  
ребёнка, и выдать психолого-медико-педагогическое заключение.

Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю как  
родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при  
психолого-медико-педагогическом обследовании моего ребенка и получении  
информации о результатах обследования в доступной форме.

Согласен на обследование ребёнка врачом – психиатром.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя, законного представителя)

Контактный телефон родителя (законного представителя): \_\_\_\_\_