**СОГЛАСИЕ**

родителей (законных представителей)

на проведение обследования ребенка специалистами

территориальной ПМПК Петропавловск-Камчатского городского округа

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

являясь законным представителем ребенка (*указать:* мать, отец, законный представитель),

**даю добровольное согласие на проведение обследования**

ФИО ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, всеми специалистами территориальной ПМПК Петропавловск-Камчатского городского округа в **моем присутствии / без моего присутствия** *(подчеркнуть).*

**Разрешаю / не разрешаю***(подчеркнуть)* предоставлять в образовательное учреждение, где воспитывается (обучается) ребенок, муниципальные органы управления образованием информацию о проведении обследования ребенка в ПМПК, результатах обследования, а также иную информацию, связанную с обследованием ребенка в ПМПК.

Подпись родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_