СОГЛАСИЕ

ребенка (старше 15 лет) на проведение комплексного

психолого-медико-педагогического обследования

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

(ФИО ребенка, год рождения)

учащийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование образовательной организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса

даю согласие на комплексное обследование специалистами территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Фролово, включая врача-психиатра.

С обработкой персональных данных согласен (на).

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.