

В территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Варнавинского муниципального округа (далее - ТПМПК)

от _____

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителей (законных представителей), домашний адрес (прописка, проживание), номер мобильного телефона)

Согласие.

Даю согласие ТПМПК на обследование моего ребенка (сына/ дочь)

(Фамилия имя отчество (при наличии) (дата рождения)

(причина обращения)

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ