

Приложение 3.

Письменное согласие родителей на проведение углубленного медико-психолого-педагогического обследования ребенка

Я, _____,
(Ф.И.О.)

отец (мать) _____ ученика(цы) _____ класса
(Ф.И.О. ребенка)

ГООУ СОШ № _____ разрешаю комплексное обследование моего ребенка специалистами психолого-медико-педагогического консилиума школы, включая врача-психиатра, в связи с затруднениями в обучении (с проблемами в личностном развитии, трудностями в общении, поведении и т.д.)

Дата _____

Подпись родителя _____