**Согласие родителей (законных представителей) обучающегося на проведение психолого-педагогического обследования специалистами ТПМПк**

Я, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*являясь родителем (законным представителем) *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

обучающегося в *\_\_\_\_\_\_\_\_*классе, выражаю согласие на проведение психолого-педагогического обследования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (дата) | (подпись)/ | (расшифровка подписи) |