

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

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО родителя (законного представителя) обучающегося

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(номер, серия паспорта, когда и кем выдан)

являясь родителем (законным представителем)

\_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО, класс/группа, в котором/ой обучается обучающийся, дата (дд.мм.гг.) рождения)

Выражаю согласие на проведение психолого-педагогического обследования.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г./ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)