

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

Я, \_\_\_\_\_,  
*(фамилия, имя, отчество родителя/законного представителя)*  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
*(вид документа)*  
выдан \_\_\_\_\_,  
*(кем и когда)*  
зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_,  
*(нужное подчеркнуть)* \_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество ребенка)*  
\_\_\_\_\_ года рождения, посещающего группу  
№ \_\_\_\_\_ МДОБУ № 13, выражаю свое согласие на проведение психолого-педагогического об-  
следования.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
*(подпись)* \_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество)*