Приложение 16

**ЗАЯВЛЕНИЕ РЕБЕНКА**

**НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В РЕЖИМЕ ВИДЕОТРАНСЛЯЦИИ БЕЗ СОХРАНЕНИЯ ВИДЕОМАТЕРИАЛОВ**

(заполняется при достижении ребенком 15 лет)

|  |
| --- |
| Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии в государственном бюджетном учреждении Свердловской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ладо» |
| ФИО руководителя от |
|  |
| Ф.И.О. ребенка полностью  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |
| --- |
| Прошу обследовать меня  |
|  |
| Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения,в режиме видеотрансляции без сохранения видеоматериалов.Даю/ не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на обследование оператором - Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией в присутствии родителя (законного представителя) |
| в режиме видеотрансляции специалистам Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии без сохранения видеоматериалов.  |

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата оформления заявления подпись ребенка с расшифровкой