|  |
| --- |
| 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. родителя (законного представителя) полностью |
| от |
| Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |
| --- |
| Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка |
| Ф.И.О. ребенка полностью, дата рожденияв режиме видеотрансляции без сохранения видеоматериалов.Даю/ не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на обследование ребенка оператором- Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией в моем присутствии в режиме видеотрансляции специалистам Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии без сохранения видеоматериалов. Я информирован(а), что ГБУ СО ЦППМСП «Ладо» проводит видеосъемку в режиме реального времени без сохранения полученных видеоматериалов. |

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

дата оформления заявления подпись законного представителя ребенка с расшифровкой

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

дата оформления заявления подпись законного представителя ребенка с расшифровкой