|  |
| --- |
| 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) ребенка |
|  |
| документ, удостоверяющий личность |
|  |
| серия номер / дата выдачи |
|  |
| Регистрация по адресу: |
|  |
| тел.: |
| e-mail: |

**ОБЪЯСНИТЕЛЬНАЯ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

ознакомлен (а) с требованием, что обследование ребенка Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией возможно в присутствии законных представителей и на основании их письменного согласия.

Документы со стороны супруга (и) представить не могу, так как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать причину)

Беру на себя ответственность и предоставляю документы в одностороннем порядке.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ год

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )