Заявление родителя (законного представителя) ребенка на проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования ребенка в режиме видеотрансляции без сохранения видеоматериалов

Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии в государственном бюджетном учреждении Свердловской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ладо» ***Сергеевой М.С.***

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 рождения

в 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.

«__»_____2024 г._____/_____

дата оформления заявления подпись законного представителя ребенка с расшифровкой

«__»_____2024 г._____/_____

дата оформления заявления подпись законного представителя ребенка с расшифровкой