Руководителю

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

(наименование территории)

от

(ФИО ребенка)

проживающей (его) по адресу:

**СОГЛАСИЕ.**

Я,

(фамилия, имя, отчество ребенка)

даю свое согласие на проведениекомплексного психолого-медико-педагогического обследования территориальной психолого-медико-педагогической комиссией (далее – ПМПК) для определения образовательной программы обучения, для получения рекомендаций по определению условий проведения государственной итоговой аттестации (нужное подчеркнуть), другая причина (указать какая)

включающее предварительное обследование у специалистов ПМПК или, при необходимости, у независимых экспертов.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ г.

(подпись ребенка с расшифровкой)