

**Согласие родителей (законных представителей) обучающегося на проведение  
психолого-педагогического обследования специалистами ППК**

Я, \_\_\_\_\_  
*ФИО родителя (законного представителя) обучающегося*

\_\_\_\_\_  
*(номер, серия паспорта, когда и кем выдан)*

\_\_\_\_\_  
являясь родителем (законным представителем) *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_  
*(ФИО, группа, в которой обучается обучающийся, дата (дд.мм.гг.) рождения)*

Выражаю согласие на проведение психолого-педагогического обследования.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(подпись) (расшифровка подписи)*