

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

Я \_\_\_\_\_  
Паспорт № \_\_\_\_\_ *ФИО родителя (законного представителя) обучающегося*  
серия \_\_\_\_\_ когда и кем выдан

\_\_\_\_\_ являясь родителем (законным представителем)

*(нужное подчеркнуть)*

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

Выражаю согласие на проведение психолого-педагогического обследования.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*(подпись) (расшифровка подписи)*