

Руководителю ТПМПК Сормовского района  
МАУ «ППМС-центра им. В.П Радченко»  
г.Нижнего Новгорода  
Невежкиной Н.В.

от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ фамилия,  
\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ имя, отчество (при наличии)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ обучающегося (полностью)  
Номер телефона: \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты  
(при наличии) \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
**несовершеннолетнего, достигшего возраста 15 лет,**  
**на медицинское обследование в ТПМПК Сормовского района**  
**МАУ «ППМС-центра им. В.П Радченко» г.Нижнего Новгорода**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью, дата рождения)  
Паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(кем выдан, дата выдачи)  
зарегистрированного/ проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования в ТПМПК Сормовского района МАУ «ППМС-центра им. В.П Радченко» г.Нижнего Новгорода (в виде психиатрического освидетельствования и оказания консультативной помощи).

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Личном деле (карте) ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в ТПМПК Сормовского района МАУ «ППМС-центра им. В.П Радченко» г.Нижнего Новгорода.

Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ расшифровка \_\_\_\_\_