

Руководителю ТПМПК Советского района  
МАУ «ППМС-центр им. В.П. Радченко»  
г. Нижнего Новгорода  
Пермяковой Екатерине Сергеевне  
*фамилия, имя, отчество (при наличии)*

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 Советского района  
МАУ «ППМС-центр 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 Советского района МАУ «ППМС-центр 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 Советского района МАУ «ППМС-центр им. В.П. Радченко» г. Нижнего Новгорода.

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_

*подпись*

*расшифровка*