

Руководителю ТПМПК Приокского района  
МАУ «ППМС-центр им. В.П. Радченко»  
г.Нижнего Новгорода  
Жуковой Т.Д.  
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 Приокского 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 Приокского 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 Приокского 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. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_