Руководителю ТПМПК Нижегородского района
МАУ "ППМС-центра им. В.П. Радченко"
г. Нижнего Новгорода
Стрекаловской Екатерина Игоревне
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 Нижегородского 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 Нижегородского 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 Нижегородского 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*