

Директору МБОУ «КЭГ»

Арееву М.Т.

\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_ ,

Ф.И.О. родителя

мать (отец) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка ( дата рождения)

даю согласие на обследование моего ребенка на школьном медико-психолого-педагогическом консилиуме.

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

подпись