

**Согласие родителя (законного представителя)  
на обследование ребенка в территориальной психолого-медико-  
педагогической комиссии Нижневартковского района  
в дистанционной форме**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

Нижеподписавшийся(аяся), подтверждаю своё согласие на обследование территориальной психолого-медико-педагогической комиссией моего ребенка (фамилия, имя, отчество полностью) в дистанционной форме

Даю свое согласие на видеозапись процедуры обследования.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию письменного заявления об отзыве согласия.

Данное согласие действует с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи \_\_\_\_\_