**Согласие родителя (законного представителя)**

 **на обследование ребенка в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Нижневартовского 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 «\_\_\_\_\_» 20\_\_\_ г.

Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расшифровка подписи