**Согласие родителя (законного представителя)**

**на получение заключения территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Нижневартовского района**

 **по электронной почте**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

Нижеподписавшийся(аяся), подтверждаю свое согласие на получение заключения территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Нижневартовского района, выданного моему ребенку (Ф.И.О. полностью) по электронной почте (указать адрес электронной почты).

« » 20\_\_ г.

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

Расшифровка подписи