

В территориальную ПМПК  
Гороховецкого района

---

Ф.И.О.

---

Адрес

---

Паспортные данные (номер, серия, кем и  
когда выдан)

### Согласие

Я, родитель (законный представитель) воспитанника МБДОУ №5 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
даю согласие на проведение обследования ребенка в территориальной ПМПК  
Гороховецкого района.

---

дата

---

подпись