|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Приложение №3**к постановлению администрации Хорольского муниципального районаот 17 декабря 2019 г. № 948Приложение №8к Порядку работы территориальнойпсихолого-медико-педагогической комиссии Хорольского муниципального района, утвержденному постановлениемадминистрации Хорольского муниципального районаот 26 июля 2017 г. № 840 |  |

**СОГЛАСИЕ**

**родителей (законных представителей) на проведение обследования ребенка территориальной психолого-медико-педагогической комиссией**

**Хорольского муниципального района**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, не возражаю против обследования ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для получения заключения территориальной ПМПК с рекомендацией обучения ребенка в образовательной организации в соответствии с его особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на получение, обработку и передачу персональных данных. Настоящее согласие действует с момента его подачи на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации либо до моего письменного отзыва данного согласия.

«\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)