

В психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК)  
ГКОУ «Республиканский центр диагностики и консультирования»

\_\_\_\_\_

(ФИО несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_

(Дата рождения, контактный телефон)

Согласие несовершеннолетнего, достигшего возраста 15 лет,  
на медицинское обследование

Я, \_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, достигшего возраста 15 лет полностью)

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(кем выдан, дата выдачи)

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде психиатрического освидетельствования и оказания консультативной помощи).

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в ГКОУ «Республиканский центр диагностики и консультирования». Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/

(дата оформления согласия)

\_\_\_\_\_/

(подпись несовершеннолетнего с расшифровкой)