

**Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия  
Невского района Санкт-Петербурга  
информированное добровольное согласие на осмотр  
невролога, педиатра, ортопеда, психиатрическое освидетельствование \***

Я, мать (отец, опекун, усыновитель) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. полностью

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, кем выдан и когда \_\_\_\_\_

согласен (согласна) на медицинский осмотр моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения

Ф.И.О. полностью

Отец (мать, опекун, усыновитель) \_\_\_\_\_

информирован (на) и не возражает против медицинского осмотра.

Свидетельство о рождении ребенка, серия, номер \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_

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

(подпись)

(расшифровка подписи)

\*пп.1,2 ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"