

Руководителю территориальной  
ПМПК №1

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
полностью

Серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность

проживающего по  
адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Я \_\_\_\_\_  
отказываюсь от проведения комплексного психолого-педагогического  
обследования моего ребёнка

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения

\_\_\_\_\_  
Регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребёнка

В ТПМПК № 1.

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись законного представителя ребенка с расшифровкой)