Шапка/официальный бланк ОО

**График обследования обучающегося/йся \_\_ «\_\_» класса**

***Фамилия Имя Отчество***

**специалистами психолого-педагогического консилиума**

|  |  |
| --- | --- |
| **Специалист/ФИО/телефон** | **Дата и время обследования** |
| Педагог-психолог  ***Фамилия Имя Отчество***  *телефон* |  |
| Учитель-логопед  ***Фамилия Имя Отчество***  *телефон* |  |
| Социальный педагог  ***Фамилия Имя Отчество***  *телефон* |  |
| Медицинская сестра  ***Фамилия Имя Отчество***  *телефон* |  |

Информируем вас, что при отсутствии родителей (законных представителей) на обследовании в указанное время, **обучающийся будет обследован согласно графику**.

Председатель ППк

*наименование ОО*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.О.Фамилия/

«Даю согласие на проведение обследования моего сына(дочери)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, обучающегося/йся \_\_ «\_\_» класса, специалистами психолого-педагогического консилиума *наименование ОО* по данному графику».

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись фамилия имя отчество