

Директору МОУ Барановской  
СОШ

\_\_\_\_\_  
(наименование ОО)

\_\_\_\_\_  
Голубевой М.П. (Ф.И.О. руководителя)

От

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт:

\_\_\_\_\_

выдан

\_\_\_\_\_

зарегистрированного(ой) по  
адресу:

\_\_\_\_\_

тел.:

\_\_\_\_\_

**Заявление  
о согласии на проведение психолого-педагогического обследования**

Я,

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

руководствуясь п. 6 ч. 3 ст. 44 Федерального закона от 29.12.2012 X 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации", заявляю о согласии на проведение обследования специалистами психолого-го-педагогического консилиума моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

Настоящим даю свое согласие на обработку и использование в образовательной организации персональных данных моего ребенка.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах моего несовершеннолетнего ребенка.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*(подпись)* *(расшифровка подписи)*

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.