

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество полностью родителя (законного представителя) (дата рождения)
паспорт _____, выдан _____
(серия, номер)

зарегистрированного по
адресу: _____

уполномочиваю

_____,
(Фамилия, имя и отчество сопровождающего полностью) (дата рождения)
паспорт _____ выдан _____
(серия, номер)

зарегистрированного по
адресу: _____

пройти комплексное психолого–медико-педагогическое обследование с ребенком
(подростком):

_____,
.....(Фамилия, имя и отчество ребенка полностью)..... (дата рождения)
Свидетельство о рождении (паспорт) _____, выдан(о) _____

зарегистрированного по
адресу: _____;

быть нашим представителем в структурном подразделении «Территориальная психолого-медико - педагогической комиссия», подавать от нашего имени заявления, получать справки и документы, расписываться за нас, принимать решения по вопросам медицинских вмешательств, нести ответственность за жизнь и здоровье ребенка (детей) в период

с _____ по _____

Дата _____

Подпись родителя _____

Дата _____

Подпись доверенного лица _____

Подписи доверительных лиц заверяю

Руководитель учреждения

_____/_____
(подпись) (фамилия, инициалы)

М.П.