

Руководителю _____

(наименование организации)

от _____

(ФИО)

проживающего (ей) по адресу:

Заявление

Я, _____,
даю свое согласие на прохождение психологического обследования моего
ребенка (ФИО) _____

в рамках деятельности Службы по оказанию психолого-педагогической
помощи детям с расстройствами аттического спектра

« _____ » _____ 202__ г

_____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка)