
(ФИО несовершеннолетнего полностью)

(Домашний адрес, контактный телефон)

Согласие несовершеннолетнего, достигшего возраста 15 лет,
на медицинское обследование

Я, _____,
(ФИО полностью, дата рождения)

Паспорт _____ № _____, выдан _____

(кем выдан, дата выдачи)

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде психиатрического освидетельствования и оказания консультативной помощи).

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в ГКОУ «Республиканский центр диагностики и консультирования». Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления согласия)

(подпись несовершеннолетнего с расшифровкой)
