
(ФИО обучающегося)

(Дата рождения, контактный телефон)

Согласие обучающегося старше 18 лет на медицинское обследование

Я, _____,

(Фамилия, имя, отчество обучающегося старше 18 лет полностью)

Домашний адрес _____

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 обучающегося с расшифровкой)