

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. _____ « ____ » _____ 2016 г.
(город)

Я, _____,

(Ф.И.О., дата рождения)

паспорт серия _____ № _____, выдан _____,
(дата, наименование органа, выдавшего паспорт)

адрес регистрации: _____,

настоящей доверенностью уполномочиваю _____

(Ф.И.О.; дата рождения, должность)

паспорт серия _____ № _____, выдан _____,
(дата, наименование органа, выдавшего паспорт)

адрес регистрации: _____,

представить моего ребенка _____,

(Ф.И.О., дата рождения)

свидетельство о рождении серия _____ № _____, выдано _____,

(дата, наименование органа, выдавшего свидетельство)

для проведения обследования в Центральной психолого-медико-педагогической комиссии с правом получения коллегиального заключения в Государственном бюджетном учреждении Республики Крым, осуществляющем обучение, «Крымский республиканский центр психолого-педагогического и медико-социального сопровождения».

Доверенность выдана сроком на _____ месяц(а).

С коллегиальным заключением Центральной психолого-медико-педагогической комиссии согласен.

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.