

Руководителю Курганинского
филиала ГБУ КК «Центр
диагностики консультирования»

от _____

Ф.И.О. заявителя,

проживающей (его) по адресу: _____

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас впервые/повторно (нужное подчеркнуть) провести комплексное
обследование моего ребенка _____
специалистами ПМПК с участием психиатра.

*С рекомендациями специалистов _____

(*Заполняется после проведения обследования)

Претензий к обследованию _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г. Подпись родителей _____

Руководителю _____ филиала ГБУ КК «Центр
диагностики и консультирования»

от _____

Ф.И.О. заявителя,

проживающей (его) по адресу: _____

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас впервые/повторно (нужное подчеркнуть) провести комплексное
обследование моего ребенка _____
специалистами ПМПК с участием психиатра.

*С рекомендациями специалистов _____

(*Заполняется после проведения обследования)

Претензий к обследованию _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г. Подпись родителей _____

