

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. _____
(город)

« ____ » _____ 2016 г.

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 Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Симферопольского района с правом получения коллегиального заключения.

Доверенность выдана сроком на _____ месяц(а).

(подпись) / _____
(Ф.И.О.)