

Лиманському міському голові
Журавльову О.В.

(ПІБ заявника)

(Адреса заявника)

Тел.: _____

З а я в а

Прошу Вас надати згоду на проведення психіатричного огляду або надання психіатричної допомоги моїй дитині _____

_____, в зв'язку з тим, що _____

До заяви додаю: _____

« _____ » _____ 20__ р.

(Підпис заявника)