

Заведующему
Муниципальным дошкольным образовательным
автономным учреждением «Детский сад № 29
Берёзка» общеразвивающего вида с
приоритетным осуществлением
художественно – эстетического развития
воспитанников г.Новотроицка
Оренбургской области»
Бережок Г.В. _____

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О. одного из родителей(законного представителя))

**Согласие родителей (законных представителей)
на проведение психолого-медико-педагогического
обследования и сопровождения**

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

являясь родителем (законным представителем) ребенка _____

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения, группа)

даю согласие на оказание психолого-медико-педагогического обследования и сопровождения моего ребенка в муниципальном дошкольном образовательном автономном учреждении «Детский сад № 29 Берёзка» общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением художественно – эстетического развития воспитанников г. Новотроицк Оренбургской области», (далее - Учреждение), находящемся по адресу места осуществления образовательной деятельности, указанным в лицензии: 462356, Оренбургская область, г. Новотроицк, ул. Свистунова, д. 8.

Квалифицированная коррекционная помощь по устранению речевых нарушений оказывается учителем – логопедом и включает в себя: логопедическое обследование, групповые/подгрупповые и индивидуальные занятия с ребенком, консультирование родителей.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, родителем (законным представителем) которого являюсь.

Настоящее согласие дано мной и действует на время пребывания моего ребенка в Учреждении или до отзыва данного Согласия. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подпись родителя
(законного представителя) ребенка: _____

(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.