

Заведующему МДОАУ  
«Детский сад №3 «Одуванчик»  
комбинированного вида  
г. Новотроицка Оренбургской области»  
Андреевой Т.Н.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заявителя)

**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 №3 «Одуванчик» комбинированного вида г. Новотроицка Оренбургской области», (далее - Учреждение), находящемся по адресам места осуществления образовательной деятельности, указанным в лицензии: 462351, Оренбургская область, г. Новотроицк, ул. Зеленая, д. 69 – а.

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.