

Служба ранней помощи
муниципального бюджетного дошкольного
образовательного учреждения
«Детский сад №12 «Золотой ключик»
города Новочебоксарска Чувашской Республики
от

(Ф.И.О. родителя или законного представителя ребенка)
Дом. адрес: _____
Контактный телефон: _____
Адрес электронной почты: _____

СОГЛАСИЕ
родителей (законных представителей) на проведение обследования ребенка

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

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)
даю согласие на проведение психолого - педагогического обследования моего ребенка в службе ранней помощи для получения рекомендаций по организации обучения, воспитания и сопровождения ребенка в соответствии с его особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении.

К согласию прилагаю:

- документы, удостоверяющие личность родителя или полномочия законного представителя по представлению интересов ребенка;
- согласие на обработку персональных данных ребенка и родителя (законного представителя).

На комплексное психолого-педагогическое обследование в Службе ранней помощи согласен (согласна)

Дата _____

(подпись родителя/ законного представителя)