

**Служба ранней помощи
муниципального бюджетного дошкольного
образовательного учреждения детского сада
комбинированного вида № 24 муниципального
образования Тимашевский район**

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 СРП согласен (согласна)

Дата _____

(подпись родителя/ законного представителя)