|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | И.О.заведующего МБДОУ  г. Мурманска № 76  Галухиной С.Л.  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. родителя (законного представителя))  контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   **СОГЛАСИЕ**  **родителя (законного представителя) воспитанника на проведение логопедической диагностики обучающегося**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь родителем (*законным*  (Ф.И.О. родителя (законного представителя))  *представителем)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)  года рождения, выражаю согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка подписи)   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |

|  |
| --- |
|  |