|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|   | И.О.заведующего МБДОУ г. Мурманска № 76Галухиной 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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
|     |