Директору МАОУ «СОШ № 4»

О.А. Исянгуловой

родителя (законного представителя):

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**согласие**

Даю согласие проводить психолого-педагогическое, логопедическое обследование моего ребенка на протяжении всего периода обучения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф. И. О. ребенка)

для определения индивидуальных особенностей и склонностей личности, ее потенциальных возможностей в процессе обучения и воспитания; оказания помощи в профессиональном самоопределении, а также выявления причин и механизмов нарушений в обучении, развитии и социальной адаптации.

Даю согласие на проведение логопедических занятий, психологических тренингов, индивидуальных или групповых коррекционно-развивающих занятий (при необходимости).

После проведеннойработы, я могу ознакомиться с результатами моего ребенка и получить рекомендации психолога, учителя – логопеда, социального педагога.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору МАОУ «СОШ № 4»

О.А. Исянгуловой

родителя (законного представителя):

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**согласие**

Даю согласие проводить психолого-педагогическое, логопедическое обследование моего ребенка на протяжении всего периода обучения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф. И. О. ребенка)

для определения индивидуальных особенностей и склонностей личности, ее потенциальных возможностей в процессе обучения и воспитания; оказания помощи в профессиональном самоопределении, а также выявления причин и механизмов нарушений в обучении, развитии и социальной адаптации.

Даю согласие на проведение логопедических занятий, психологических тренингов, индивидуальных или групповых коррекционно-развивающих занятий (при необходимости).

После проведеннойработы, я могу ознакомиться с результатами моего ребенка и получить рекомендации психолога, учителя – логопеда, социального педагога.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_