

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад компенсирующего вида с приоритетным осуществлением квалифицированной коррекции речи №1 «Солнышко» г. Холмска муниципального образования «Холмский городской округ» Сахалинской области

694620, Сахалинская область
г. Холмск, ул. Победы 3

тел./факс: (842433) 2-05-52
E-Mail: dou.solnyschko@yandex.ru

Согласие родителей (законных представителей) обучающегося на проведение психолого-педагогического обследования специалистами ППк

Я, _____
ФИО родителя (законного представителя) обучающегося

(номер, серия паспорта, когда и кем выдан)

Являясь родителем (законным представителем) _____
(нужное подчеркнуть)

(ФИО, группа, в которой обучается обучающийся, дата (дд.мм.гг.))

Выражаю согласие на проведение психолого-педагогического обследования.

« _____ » _____ 20 _____ г. / _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

