

**Согласие родителей (законных представителей)  
на психолого-педагогическое сопровождение/ обследование ребенка**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))  
являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения ребенка)

выражаю согласие на проведение психолого-педагогического обследования моего ребенка специалистами Службы ранней помощи.

Даю согласие на его (ее) психолого-педагогическое сопровождение.

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя: психологическую диагностику, наблюдение, участие в индивидуальных развивающих занятиях, консультирование родителей.

Логопедическое сопровождение ребенка включает в себя: логопедическое обследование, индивидуальные занятия с ребенком, консультирование родителей.

Сопровождение учителя-дефектолога включает в себя: диагностику ребенка, индивидуальные занятия с ребенком, консультирование родителей.

**Педагог - психолог и/или учитель-логопед и/или учитель-дефектолог:**

- предоставляет информацию о результатах обследования ребенка;
- не разглашает информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями;
- разрабатывает рекомендации для осуществления индивидуальной работы;

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и действует на время зачисления моего ребенка в муниципальном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад №2» (далее МДОУ), находящемся по адресу: г. Ярославль, ул. Строителей д.17а

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес МДОУ по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю МДОУ.

Подпись \_\_\_\_\_