|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему МБДОУ д/с «Почемучка» г.Усмани Сосна Людмиле Александровне |

**СОГЛАСИЕ**  
**родителя (законного представителя) обучающегося на проведение**  
**логопедической диагностики обучающегося**

Я, , являясь родителем (законным представителем)  **,** года рождения, выражаю согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.

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

Расшифровка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему МБДОУ д/с «Почемучка» г.Усмани Сосна Людмиле Александровне |