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

**СОГЛАСИЕ**

**на логопедическое обследование и сопровождение ребенка**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь матерью (отцом) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, даю согласие на ее (его) логопедическое обследование (диагностику) и сопровождение в МБДОУ д/с «Почемучка» г.Усмани, находящемся по адресу: Липецкая область, Усманский район, г.Усмань Ул. Ленина д.28

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года и действует на время пребывания моего ребенка в МБДОУ д/с «Почемучка» г.Усмани.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Расшифровка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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