

Директору МАОУ «Школа № 6» КГО
Н.Н.Захаровой

от _____

паспорт _____ № _____

выдан _____

кем _____

(контактный телефон)

СОГЛАСИЕ

на логопедическое (дефектологическое) обследование ребенка

Я, _____,
(Ф.И.О. заявителя)

являясь матерью (законным представителем) _____,
(Ф.И.О. учащегося)

_____ года рождения, даю согласие на его(её) логопедическое
(дефектологическое) обследование (диагностику) в МАОУ «Школа № 6» КГО, находящейся по
адресу: Свердловская область, город Камышлов, ул. Молодогвардейская, д. 26.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует на время пребывания моего
(дата)

ребенка в МАОУ «Школа № 6» КГО.

(подпись)

(расшифровка)

Директору МАОУ «Школа № 6» КГО
Н.Н.Захаровой

от _____

паспорт _____ № _____

выдан _____

кем _____

(контактный телефон)

СОГЛАСИЕ

на логопедическое (дефектологическое) обследование ребенка

Я, _____,
(Ф.И.О. заявителя)

являясь матерью (законным представителем) _____,
(Ф.И.О. учащегося)

_____ года рождения, даю согласие на его(её) логопедическое
(дефектологическое) обследование (диагностику) в МАОУ «Школа № 6» КГО, находящейся по
адресу: Свердловская область, город Камышлов, ул. Молодогвардейская, д. 26.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует на время пребывания моего
(дата)

ребенка в МАОУ «Школа № 6» КГО.

(подпись)

(расшифровка)
