

**СРП МБДОУ «ДСОВ «Солнышко»**  
(Наименование образовательной организации)

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя или законного представителя ребенка)  
адрес: \_\_\_\_\_  
контактный телефон: \_\_\_\_\_  
адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
**родителей (законных представителей)**  
**на проведение обследования ребенка**

Я, \_\_\_\_\_ являясь  
законным представителем \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. ребенка)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ года рождения, выражаю своё согласие на проведение обследования моего ребенка в службе ранней помощи для получения рекомендаций по организации обучения, воспитания и сопровождения ребенка в соответствии с его особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении.

К согласию прилагаю:

- документы, удостоверяющие личность родителя или полномочия законного представителя по представлению интересов ребенка;
- согласие на обработку персональных данных ребенка и родителя (законного представителя).

На комплексное психолого-педагогическое обследование в СРП согласен (согласна)

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя/ законного представителя)