

Муниципальное дошкольное образовательное
учреждение «Детский сад № 190»
адрес: г. Ярославль, ул. Лермонтова, д. 24а.
от

(Ф.И.О. родителя или законного представителя ребенка)
адрес:

телефон: _____ факс: _____

адрес электронной почты: _____

Согласие

родителей (законных представителей) на проведение обследования ребенка

Я, _____ являясь законным представителем

(Ф.И.О. ребенка)

" ____ " _____ года рождения, обучающегося в _____ муниципальном
дошкольном образовательном учреждении «Детский сад №190»,
не возражаю против обследования ребенка для получения заключения
центральной/территориальной ПМПК с рекомендацией обучения ребенка в
образовательной организации в соответствии с его особенностями в физическом и (или)
психическом развитии и (или) отклонениями в поведении.

" ____ " _____ 20__ г.
