**Письменное согласие родителей (законных представителей)**

**на проведение психолого-педагогического обследования ребенка**

**в Консультативном пункте МАДОУ «Детский сад № 369» г. Перми**

Я (ФИО родителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласен (согласна) на проведение первичного и углубленного обследования развития моего ребёнка (ФИО, год рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

специалистами (педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом, инструктором по физической культуре) Консультативного пункта МАДОУ «Детский сад № 369» г. Перми.

Обязанности специалистов:

* предоставлять информацию о результатах обследования ребёнка при обращении родителей в Консультативный пункт МАДОУ «Детский сад № 369» г. Перми;
* не разглашать личную информацию, полученную в процессе психолого-педагогического обследования ребёнка и его семьи третьим лицам.

Родители (законные представители) имеют право:

* обращаться к специалистам по интересующим вопросам;
* отказаться от психологической диагностики, предоставив заявление об отказе на имя руководителя образовательной организации.

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