

**Согласие родителя (законного представителя) на проведение  
диагностического обследования специалистами  
МБДОУ «Детский сад №25 «Пчелка»**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

проживающий(-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес проживания)

Телефон \_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

Выражаю согласие на проведение диагностического обследования моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребёнка, дата рождения)

Специалистом : педагогом-психологом, учителем -логопедом (*нужное подчеркнуть*).

В соответствии с п. 1 ст. 9 Федерального закона от 27 июня 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», необходимых для получения услуг Службы консультирования,

я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

согласен(а) на осуществление любых действий (операций), связанных с получением, обработкой, хранением моих персональных данных и персональных данных моего ребенка.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)