Приложение №2

к Положению об оказании

логопедической помощи в

МБОУ Титовская СОШ

Директору МБОУ Титовской СОШ

Артамонову А.С.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя, законного представителя

**Согласие родителя**

**(законного представителя) обучающегося на проведение логопедической диагностики обучающегося**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя) обучающегося

являясь родителем (законным представителем)

(нужное подчеркнуть)

(ФИО, класс, в котором обучается обучающийся, дата (дд.мм.гг.) рождения)

выражаю согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (расшифровка подписи)