

Приложение 2  
к порядку оказания  
логопедической помощи в  
образовательном  
учреждении

Директору МБОУ СОШ №1  
Т.О.Катербарг

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

Согласие родителя (законного представителя) обучающегося на проведение  
логопедической диагностики обучающегося

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка)  
являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. ребенка)

\_\_\_\_\_  
(класс/группа, в котором/ой обучается ребенок, дата рождения)  
выражаю согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)