

МБДОУ Дс № 47  
адрес: 403876, г. Камышин, 6 микрорайон, д. 16 «а»  
от \_\_\_\_\_  
адрес: \_\_\_\_\_  
телефон: \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ

на оказание ребенку психолого-педагогической (медицинской, социальной) помощи

Я родитель / законный представитель \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года рождения, обучающегося в \_\_\_\_\_  
(краткое

наименование ДОУ)

Руководствуясь ч. 3 ст. 42, п. 6 ч. 3 ст. 44 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», заявляю о согласии на оказание

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка)  
психолого-педагогической (медицинской, социальной) помощи в виде

В связи с тем, что он испытывает трудности в освоении образовательной программы дошкольного образования, развитии и социальной адаптации.

Согласен(а) на обработку моих персональных данных и данных ребенка в порядке, установленном законодательством РФ.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)