

Заведующему МБДОУ «Детский сад №18
«Лучик» города Алушты
Шевцовой С.Н.
от

(Ф.И.О. родителя, законного представителя)
Паспорт (или документ, подтверждающий право
на пребывание в РФ) _____

Контактный телефон _____
Адрес эл. почты _____

**Согласие на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной
помощи обучающемуся**

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

являясь законным представителем:

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

даю согласие на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи моему ребёнку, обучающемуся в Муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад №18 «Лучик» города Алушты, находящегося по адресу: 298530, г. Алушта, с. Лучистое, ул. Виноградная, дом 22.

Согласно статьи № 42 Федерального закона № 273–ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь включает в себя:

- 1) психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- 2) коррекционно-развивающие и компенсирующие занятия с обучающимися, логопедическую помощь обучающимся;
- 3) комплекс реабилитационных и других медицинских мероприятий;
- 4) помощь обучающимся в профориентации и социальной адаптации.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение всего периода обучения в учреждении. Согласие может быть отозвано путем предоставления в МБДОУ «Детский сад №18 «Лучик» города Алушты заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Дата заполнения: « ____ » _____ 20 ____ г.

/ _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)