

СОГЛАСИЕ
родителей (законных представителей)

на реализацию индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида
по предоставлению психолого-педагогической реабилитации или абилитации

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

даю согласие на:

- *создание специальных условий;*
- *психолого-педагогическую диагностику;*
- *составление индивидуальной карты учёта динамики развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья (при наличии статуса ОВЗ);*
- *разработку и реализацию коррекционно-развивающих мероприятий;*
- *рассмотрение, при необходимости, результатов психолого-педагогического, логопедического и медицинского обследования на заседании ППк ДОУ.*

в отношении моего ребёнка _____,
Ф.И.О. ребёнка

Дата рождения _____ посещающего группу № _____

Я осведомлён, что вся информация личного характера, полученная в результате указанных мероприятий, будет конфиденциальна, и не будет предоставлена третьим лицам, кроме случаев, оговоренных действующими нормативно-правовыми актами Российской Федерации.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись: _____ / _____ /
Ф.И.О. родителя (законного представителя)