**Договор**

**между МКДОУ детский сад «Лесовичок» п. Ангарский**

**в лице руководителя образовательного учреждения**

**и родителями (законными представителями) воспитанника образовательного учреждения**

**о его психолого-медико-педагогическом обследовании и сопровождении.**

|  |  |
| --- | --- |
| Заведующий МКДОУ детский сад  Лесовичок «п. Ангарский»  Клочихина Елена Григорьевна  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата:  М.П. | Родители (законные представители)  воспитанника  Мать (отец)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ребенок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения ребенка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Информирует родителей  (законных представителей)  воспитанника об  условиях его психолого-медико-педагогического обследования и  сопровождения специалистами ПМПк. | Выражаю согласие  на психолого-медико-педагогическое обследование и  сопровождение воспитанника в  соответствии с показаниями, в рамках  профессиональной компетенции и этики  специалистов ПМПк.  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **В случае несогласия:**  Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выражаю свое НЕсогласие  на психолого-медико-педагогическое обследование и  сопровождение воспитанника в  соответствии с показаниями, в рамках  профессиональной компетенции и этики  специалистов ПМПк.  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |