**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 ГригорьевнаПодпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:М.П. | Родители (законные представители) воспитанникаМать (отец)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ребенок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения ребенка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Информирует родителей(законных представителей) воспитанника обусловиях его психолого-медико-педагогического обследования и сопровождения специалистами ПМПк. | Выражаю согласие на психолого-медико-педагогическое обследование и сопровождение воспитанника всоответствии с показаниями, в рамках профессиональной компетенции и этики специалистов ПМПк.Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **В случае несогласия:**Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выражаю свое НЕсогласиена психолого-медико-педагогическое обследование и сопровождение воспитанника всоответствии с показаниями, в рамках профессиональной компетенции и этики специалистов ПМПк.Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |