**Согласие родителей (законных представителей)**

**на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи воспитаннику**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | |
| Ф.И.О. родителя (законного представителя) | | | |
| зарегистрированный по адресу: | |  | |
|  | | | |
| являясь родителем (законным представителем) | | |  |
| Ф.И.О. ребенка, дата рождения | | | |
|  | | | |
| даю свое согласие на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальнойпомощи моему ребенку в Муниципальном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад № 234» Заводского района г. Саратова, находящегося по адресу: 410022, г. Саратов, ул. Брянская, зд.7А, которая включает в себя в соответствии со статьей 42 Федерального закона  «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ:   * психолого-педагогическое консультирование родителей (законных представителей) и педагогов,психолого-педагогическую диагностику в соответствии с ФГОС ДО; * коррекционно-развивающие занятия с воспитанниками; * комплекс реабилитационных и других медицинских мероприятий (медико-профилактические и здоровьесберегающие технологии); * помощь воспитанникам в социальной адаптации.   Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение всего периода обучения в образовательной организации. Согласие может быть отозвано путем предоставления в образовательное учреждение заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_» | \_\_\_\_\_ | 20\_\_\_\_ г. |  |  | / |  | / |
|  |  |  |  | подпись |  | расшифровка подписи |  |