

Заведующему МАДОУ «Детский сад № 12» г.  
Стерлитамак РБ

(наименование учреждения)

Беляевой Наталье Геннадьевне

(ФИО руководителя)

от родителей: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО родителя (законных представителей))

Место регистрации: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

### **СОГЛАСИЕ**

#### **родителей (законных представителей) на логопедическое обследование воспитанника в образовательной организации**

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО полностью, последнее при наличии)

законный представитель \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ года рождения, настоящим даю согласие на логопедическое обследование  
(диагностику) моего ребенка в МАДОУ «Детский сад № 12» г. Стерлитамак РБ, находящемся по  
адресу: 453120, РБ г. Стерлитамак, ул. Строителей, зд. 30.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. и действует на время  
пребывания в МАДОУ «Детский сад № 12» г. Стерлитамак РБ

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи