Заведующему

МДОУ «Детский сад с.Шумейка»

*(название организации)*

Никитченко Л.М.

*(фамилия, инициалы заведующего)*

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

НА УЧАСТИЕ РЕБЕНКА В ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКИХ,

МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О.)*

паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь родителем / законным представителем воспитанника (цы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *(Ф.И.О. ребенка)*

дата рождения «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года,

 настоящим даю свое разрешение на участие моего ребенка в психолого- педагогических обследованиях, логопедическом обследовании, в медицинских обследованиях, которые проводятся в Муниципальном дошкольном образовательном учреждении «Детском саду с.Шумейка» Энгельского муниципального района Саратовской области, находящегося по адресу:413161, РФ, Саратовская область, Энгельсский район, ул.Московская, д.22 в целях наиболее полного исполнения образовательным учреждением своих обязанностей и компетенций, определенных Федеральным Законом РФ от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» ", а также принимаемыми в соответствии с ним другими законами и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации в области образования.

 Я информирован(а), что Муниципальное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад с. Шумейка» Энгельского муниципального района Саратовской области гарантирует мне:

- получение информации обо всех видах планируемых обследованиях;

- конфиденциальность полученных в ходе обследования данных (данные обследования моего ребенка) подопечного) могут быть использованы для составления обобщенного заключения об особенностях развития детей определенного возраста или входящих в единый коллектив, при этом фамилия и имя ребенка упоминаться не будет);

- получение информации о результатах проведенных обследований ребенка и консультации специалистов в случае возникновения вопросов.

*Конфиденциальность может быть нарушена в следующих случаях:*

- если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам;

-если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими лицами;

-если материалы работы будут затребованы правоохранительными органами.

О таких ситуациях родители (законные представители) будут информированы.

 Я оставляю за собой право отозвать свое разрешение посредством составления письменного заявления, которое может быть направлено мною в адрес  МДОУ «Детский сад с.Шумейка» администрации.

Я подтверждаю, что, давая такое разрешение, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка (подопечного).

Дата: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.                           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/