

Директору муниципального бюджетного образовательного учреждения дополнительного образования для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Центр диагностики и консультирования»  
Чунихину Юрию Алексеевичу  
родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя)

\_\_\_\_\_  
(день, месяц, год рождения родителя)

\_\_\_\_\_  
(место регистрации родителя по паспорту)

\_\_\_\_\_  
контактный телефон: \_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(когда и кем)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать моему ребенку (сыну / дочери) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка)

\_\_\_\_\_  
(день, месяц, год рождения ребенка)

проживающему по адресу: \_\_\_\_\_

(место проживания ребенка)

психологическую помощь в форме консультирования без моего присутствия. Даю согласие на обследование моего ребенка педагогом-психологом без моего присутствия.

С Уставом образовательного учреждения, локальными нормативными актами, регулирующими права, обязанности и законные интересы обучающихся и их родителей (законных представителей), и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса, ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(число, месяц и год заполнения)