

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)