Договор

между МДОУ ЦРР - д/с № 2 «Ручеёк» (в лице руководителя образовательного учреждения) и родителями (законными представителями) воспитанника образовательного учреждения о его психолого-медико-педагогическом обследовании и сопровождении

|  |  |
| --- | --- |
| И.о. руководителя МДОУ:  Агафонова И.А.  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.п.  Информирует родителей (законных представителей) воспитанника об условиях его психолого-педагогического обследования и сопровождения специалистами ППк. | Родители (законные представители) воспитанника  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*указать фамилию, имя, отчество родителей /либо законных представителей/ и характер родственных отношений в соответствии с паспортными данными)*  ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*указать фамилию, имя ребенка)*  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  *(расшифровка подписи)*  Выражают согласие (в случае несогласия договор не подписывается) на психолого-медико-педагогическое обследование и сопровождение воспитанника в соответствии с показаниями, в рамках профессиональной компетенции и этики специалистов ППк. |