Директору МОУ «Лицей№5»гПодольска

Кульбе О.И.

Согласие родителя (законного представителя)   
обучающегося на проведение   
логопедической диагностики обучающегося

я,

*ФИО родителя (законного представителя) обучающегося*

являясь родителем (законным представителем)

*(нужное подчеркнуть)*

*(ФИО, класс/ группа, в котором/ой обучается обучающийся, дата (дд.мм.гг.) рождения)* выражаю согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « » | | |  | 20 г. / / |  |
|  |  |  |  | *(подпись) (расшифровка подписи)* | |