

Директору  
МБОУ «СШ Вулканного ГП»  
Каулину М. И.

от \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) полностью)

являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(дата рождения ребенка)

выражаю согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)