

Форма информированного согласия
на коррекционную работу учителя-логопеда
по преодолению нарушения произношения отдельных звуков

Я, _____ (фамилия, имя, отчество
при наличии), родитель (законный представитель) ребенка
_____ (фамилия, имя ребенка) выражаю свое
согласие на коррекционную работу учителя-логопеда по преодолению нарушения
произношения отдельных звуков в течение _____ учебного года.

Ознакомлена с рабочей программой учителя-логопеда и графиком работы учителя-логопеда
на группе.

Дата: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)