

Форма информированного согласия
на психологическое сопровождение ОП ДО ГБДОУ детский сад №25 Центрального
района СПб

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)