|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю Консультационного центра  Поспеловой Татьяне Валерьевне  от родителя (законного представителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) |

**Заявление на получение услуг консультационного пункта**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)

Проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(контактный телефон)

Прошу предоставить педагогическую, методическую, консультативную помощь по вопросам воспитания и развития моего ребёнка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребёнка, дата рождения)

На диагностическое обследование ребёнка специалистами Консультационного центра согласен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; не согласен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись родителя (законного представителя)

В соответствии с п. 1 ст. 9 Федеральным законом от 27 июня 2006 г. № 153-ФЗ «О персональных данных», необходимых для получения услуг консультационного центра да согласие на осуществление любых действий, связанных с получением, обработкой, хранением моих персональных данных и персональных данных моего ребёнка.

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)