**Согласие родителей (законных представителей)**

**на психологическое / логопедическое сопровождение ребенка**

г. Киров \_\_\_/\_\_\_ /20\_\_

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

(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

являясь Родителем (законным представителем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О., дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на его (ее) психологическое / логопедическое сопровождение

 (даю согласие / не даю согласие)

в **муниципальном казенном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад № 204» города Кирова** (далее – **МКДОУ № 204**).

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя: психологическую диагностику, наблюдение в период адаптации, участие в групповых развивающих занятиях, при необходимости индивидуальные занятия с ребенком, консультирование Родителей (законных представителей).

Логопедическое сопровождение ребенка включает в себя: логопедическое обследование, участие в подгрупповых развивающих занятиях, при необходимости индивидуальные занятия с ребенком, консультирование Родителей (законных представителей).

**Педагог-психолог / учитель-логопед:**

– предоставляет информацию о результатах психологического и логопедического обследования ребенка при обращении Родителей (законных представителей);

– не разглашает информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его Родителями (законными представителями);

– разрабатывает рекомендации воспитателям группы для осуществления индивидуальной работы с ребенком;

– предоставляет информацию о ребенке при оформлении документов на психолого-медико- педагогическую комиссию (ПМПК).

**Обязуюсь выполнять следующие требования:**

– Обеспечить систематическое посещение ребенком коррекционно-развивающих занятий.

– Информировать МКДОУ № 204 о предстоящем отсутствии ребенка по болезни.

– По рекомендации специалистов МКДОУ № 204 обращаться к неврологу, психиатру, ортодонту, сурдологу и другим специалистам медицинского профиля.

– Выполнять рекомендации воспитателей, педагога-психолога, учителя-логопеда и других специалистов детского сада.

– Посещать консультации специалистов детского сада, родительские собрания, открытые занятия, мастер-классы и другие необходимые мероприятия.

– Создать в семье условия, благоприятные для общего и речевого развития ребенка.

– Выполнять домашние рекомендации учителя-логопеда в полном объеме.

– Закреплять (автоматизировать) поставленные логопедом звуки.

**В СЛУЧАЕ НЕВЫПОЛНЕНИЯ МНОЮ ТРЕБОВАНИЙ, ПРЕТЕНЗИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ИМЕТЬ НЕ БУДУ.**

**Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях**:

– если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими лицами;

– если материалы работы будут затребованы правоохранительными органами.

О таких ситуациях Родитель (законный представитель) будет информирован.

Настоящее согласие составлено в соответствии с законодательством РФ: Конституция РФ, Федеральный закон РФ от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании» (с последующими изменениями и дополнениями), Федеральный закон РФ от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка» (с последующими изменениями и дополнениями), и действует на период пребывания ребенка в МКДОУ № 204.

Даю согласие на обработку моих персональных данных.

|  |  |
| --- | --- |
| С условиями зачисления ознакомлен(а). Рекомендации получены. СОГЛАСОВАНО: Педагог-психолог\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись) (расшифровка подписи)Учитель-логопед\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (расшифровка подписи) | Ф.И.О. родителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон сот. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись) (расшифровка подписи)  |