

Согласие родителя (законного представителя)  
обучающегося на проведение логопедической диагностики обучающегося  
в БМАОУ СОШ №55

Я, \_\_\_\_\_  
*ФИО родителя (законного представителя) обучающегося*  
являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_  
*(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_  
*(ФИО, класс, в котором обучается обучающийся, дата (дд.мм.гг.) рождения)*  
выражаю согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(дата) (подпись) (расшифровка подписи)*

-----

Согласие родителя (законного представителя)  
обучающегося на проведение логопедической диагностики обучающегося  
в БМАОУ СОШ №55

Я, \_\_\_\_\_  
*ФИО родителя (законного представителя) обучающегося*  
являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_  
*(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_  
*(ФИО, класс, в котором обучается обучающийся, дата (дд.мм.гг.) рождения)*  
выражаю согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(дата) (подпись) (расшифровка подписи)*