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

(Ф.И.О. законного представителя ребенка)

даю согласие на проведение психологической диагностики

с несовершеннолетним (ей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, обучающимся в группе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_

для организации с ним/ ней дальнейшего психологического сопровождения

педагогом-психологом, социальным педагогом «АТВМ им. С.Н. Орешкова» (психологические консультации, коррекционно-развивающая, психопрофилактическая и просветительская работа).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­ Подпись родителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_