

Директору МБОУ «СШ №2 им.
А. Круталевича гор. Гвардейска»
Гартунг Елизавете Самойловне

проживающей по адресу:

контактный телефон: _____

СОГЛАСИЕ
родителя (законного представителя) обучающегося на проведение
логопедической диагностики обучающегося

Я, _____, являясь
родителем (законным представителем) _____,
учащейся _____ «___» класса, _____ года рождения, выражаю
согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.

«___» _____ 20__ года _____