**Согласие родителей (законных представителей)**

**на логопедическое сопровождение** **ребенка**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее Родитель)

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

 являясь родителем (законным представителем) ребенка

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

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

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения, группа)

даю согласие на его(ее) логопедическое сопровождение в Муниципальном автономном дошкольном образовательном учреждении Полевского городского округа «Центр развития ребенка – Детский сад № 70 «Радуга» (далее ДОУ).

Логопедическое сопровождение ребенка включает в себя: логопедическое обследование ребенка 3 раза в год, коррекционные подгрупповые и индивидуальной занятия, консультирование родителей.

 **1. Учитель-логопед обязуется:**

 1.1.1. Информировать родителей (законных представителей) о результатах логопедического обследования ребенка.

 1.1.2. При необходимости рекомендовать консультации медицинских специалистов (невролог, ортодонт и др.).

 1.1.3. Обеспечить квалифицированную коррекцию нарушений речи.

 1.1.4. Проводить занятия в соответствии с утвержденным расписанием и в зависимости от имеющегося речевого дефекта.

 1.1.5. Соблюдать благоприятные условия для проведения занятий.

 1.1.6. По запросу родителей (законных представителей) предоставлять информацию и консультировать о ходе коррекционного процесса.

 1.1.7. Не разглашать информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями.

**2. Родитель обязуется:**

 2.1.1. Следовать всем рекомендациям учителя – логопеда, точно и своевременно выполнять домашние задания.

 2.1.2. Являться по вызову логопеда на индивидуальные консультации.

 2.1.3. Посещать по рекомендации логопеда ДОУ медицинских специалистов детской областной больницы (невролог, ортодонт и др.); предоставлять ксерокопии консультаций медицинских специалистов; выполнять назначения медицинских специалистов.

Настоящее согласие дано Родителем «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Подпись Родителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Расшифровка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)