

Директору МБОУ СОШ № 19
города Ставрополя
В.Е. Ворощенко

(И.О.Фамилия родителя (законного представителя)
проживающей(его) по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Выражаем согласие или несогласие (нужное подчеркнуть) на психолого- педагогическое и логопедическое обследование и сопровождение обучающегося в соответствии с показаниями, в рамках профессиональной компетенции и этики специалистов ППк (консилиума МБОУ СОШ № 19 г. Ставрополя.

Дата _____ 2025 г.

Подпись _____ / _____ /

Директору МБОУ СОШ № 19
города Ставрополя
В.Е. Ворощенко

(И.О.Фамилия родителя (законного представителя)
проживающей(его) по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Выражаем согласие или несогласие (нужное подчеркнуть) на психолого- педагогическое и логопедическое обследование и сопровождение обучающегося в соответствии с показаниями, в рамках профессиональной компетенции и этики специалистов ППк (консилиума МБОУ СОШ № 19 г. Ставрополя.

Дата _____ 2025 г.

Подпись _____ / _____ /