Заведующему МБДОУ

 Д/С «Золотой ключик»

В.Ю. Мурзиной

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ФИО родителя (законного представителя)

**Заявление**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) с целью оказания логопедической помощи в устранении нарушения речи прошу зачислить моего ребенка (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в логопедический пункт муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения Детский сад «Золотой ключик» общеразвивающего вида.

**Обязуюсь:**

1. Информировать Учреждение о предстоящем отсутствии ребенка, его болезни.
2. Создать в семье условия, благоприятные для общего и речевого развития ребёнка.
3. Взаимодействовать с учителем – логопедом логопедического пункта по преодолению речевых нарушений ребёнка.

Согласен:

На проведение обследования речи ребенка в моём присутствии/ без моего присутствия (нужное подчеркнуть) в количестве, необходимом для зачисления ребёнка в логопедический пункт/ для отслеживания динамики речевого развития в течении учебного года(нужное подчеркнуть). Проведение обследования доверяю учителю – логопеду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 В случае длительного отсутствия (более 3-х календарных месяцев) моего ребенка в Учреждении согласен на его отчисления из логопедического пункта/ последующее зачисления в логопедический пункт при наличии свободных мест (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя) Дата:«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.