

**Согласие родителей (законных представителей)
на обучение в группе компенсирующей направленности**

Я _____

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

являясь родителем (законным представителем) _____

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

даю согласие на его (ее) обучение в группе компенсирующей направленности по адаптированной образовательной программе для детей с тяжелыми нарушениями речи в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении детском саду комбинированного вида № 6 "Здоровье" города Ставрополя (далее Учреждение), находящемся по адресу: СК., г. Ставрополь, ул. Московская, 91

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ г. и действует на время пребывания моего ребенка в группе компенсирующей направленности.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада комбинированного вида № 6 "Здоровье" города Ставрополя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Учреждения.

Дата _____

Подпись _____