|  |
| --- |
| № исх: 4-15-3/47-И от: 15.09.2022№ вх: 6453 от: 15.09.2022 |

**Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Согласие**

**родителей на проведение индивидуального психолого-педагогического сопровождения учащегося(студента)**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

Согласен(-на) на психологическое сопровождение моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. ребенка, класс/группа)

Психологическое сопровождение ребенка включает: психологическую диагностику; консультирование; тренинги (индивидуальные, групповые).

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_