### О порядке взаимодействия ППк МАДОУ № 9 с родителями (законными представителями) воспитанника МАДОУ № 9

##### Договор

Между МУНИЦИПАЛЬНЫМ АВТОНОМНЫМ ДОШКОЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ДЕТСКИМ САДОМ № 9 (МАДОУ № 9) в лице заведующего МАДОУ № 9 Козловской С.В.

и родителями (законными представителями)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

воспитанника МАДОУ № 9 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка, дата рождения)

о его психолого-педагогическом обследовании и сопровождении

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель образовательного учреждения заведующий МАДОУ № 9  Козловская Светлана Владимировна  подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. | Родители (законные представители) обучающегося, воспитанника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество ребенка и родителей (законных представителей), характер родственных отношений в соответствии с паспортными данными) подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Информирует родителей (законных представителей) , воспитанника об условиях его психолого-медико-педагогического обследования и сопровождения специалистами ППк. | Выражают согласие (в случае несогласия договор не подписывается) на психолого-медико-педагогическое обследование и сопровождения, воспитанника в соответствии с показаниями, в рамках профессиональной компетенции и этики специалистов ППк. |