Приложение 8

к Положениюо правилах приёма на обучение

по образовательным программам начального общего,

основного общего и среднего общего образования

**СОГЛАСИЕ**

на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированный (ая) по адресу:

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

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

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи педагогами и специалистами МБОО Краснореченская СШ моему сыну (дочери) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, при условии получения информации о всех видах планируемых обследований (психологических, психолого-педагогических) и информации о результатах проведенных обследований моего ребенка.

Предоставляю МБОО Краснореченская СШ право осуществлять все действия по подбору диагностических методик, организации и проведения диагностических обследований, использование результатов диагностических обследований в обучении, воспитании и развитии моего ребенка.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес МБОО Краснореченская СШ по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку надлежащему уполномоченному представителю МБОО Краснореченская СШ.

В случае получения моего письменного заявления от отзыве настоящего согласия на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи МБОО Краснореченская СШ обязана прекратить оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в виде обследований (психологических, психолого-педагогических) и не использовать информацию о результатах проведенных обследований моего ребенка.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. и действует до окончания моим ребёнком МБОО Краснореченская СШ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(подпись)*