**СОГЛАСИЕ**

**на проведение диагностических и коррекционных мероприятий**

Я, родитель / законный представитель/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1 \_\_класса ГБОУ лицей № 64, даю согласие на проведение диагностических и коррекционных мероприятий учителем-логопедом на период обучения в начальной школе (с 1-го по 4-й класс).

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись