**СОГЛАСИЕ**

Я, родитель / законный представитель/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1\_\_класса ГБОУ лицей № 64, даю согласие Государственному бюджетному общеобразовательному учреждению лицею №64 Приморского района Санкт-Петербурга на осуществление в соответствии с планом, утвержденным администрацией, психолого-педагогического, медико-социального и правового сопровождения обучающихся и ученических коллективов без присутствия родителей (законных представителей) (беседы, диагностика различного профиля и предназначения, коррекционно-развивающие занятия, тренинги).

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

подпись