Приложение № 3

Заведующему МБДОУ ДС ОВ № 42
ст. Северной МО Северский район
А.В. Журавлёвой

фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя
(законного представителя) полностью
проживающего по адресу:
индекс _____
страна _____
_____ край
_____ район
населенный пункт _____

ул. _____ № _____
(индекс, адрес места жительства ребенка,
его родителя (законного представителя) полностью)

_____ контактный телефон
родителя (законного представителя)

**Заявление - согласие о зачислении в группу компенсирующей
направленности для детей с ТНР**

Я (Ф.И.О.) _____,
прошу зачислить моего ребёнка (Ф.И.О. ребёнка), дата
рождения _____

В группу компенсирующей направленности для детей с ТНР с образовательной
деятельностью по адаптированной образовательной программе дошкольного
образования МБДОУ ДС ОВ № 42 ст. Северной МО Северский район.

Обязуюсь выполнять следующие требования:

1. По рекомендации логопеда обращаться к невропатологу, ортодонту и другим узким специалистам.
2. Обеспечить ежедневное посещение ребёнком ДОУ в период с 1 сентября по 1 июня.
3. Выполнять методические рекомендации логопеда. Каждый понедельник приносить рабочую тетрадь ребёнка.
4. Контролировать произношение поставленных и автоматизированных звуков в речи моего ребенка.
5. По приглашению специалистов и воспитателей посещать консультации, родительские собрания, тренинги и т.д.

В случае невыполнения мною требований, претензий по результатам коррекции речи иметь не буду.

Примечание: При систематическом невыполнении требований или длительных пропусках ребёнок может быть выведен из речевой группы через ПМП консилиум ДОУ. Последующее зачисление возможно при наличии свободных мест.

С условиями ознакомлен(а).

Подпись: _____

Дата: « _____ » _____ 20__ г.