**Согласие родителей (законных представителей)**

**на психолого-медико-педагогическое обследование ребёнка**

 Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя)

являясь родителем (законным представителем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ФИО ребенка

воспитанника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

наименование образовательной организации

даю согласие на его(ее) психолого – медико - педагогическое обследование в Муниципальном бюджетном общеобразовательном учреждении городского округа Королёв Московской области «Школа-интернат для слепых и слабовидящих детей»

наименование образовательной организации

расположенному по адресу:  *г.о. Королёв, проспект Королёва, дом 11б*

 Психолого – медико - педагогическое обследование ребёнка включает в себя: медицинскую (офтальмологическую), тифлопедагогическую, психологическую и логопедическую диагностику, наблюдение в период адаптации, диагностику освоения Образовательной программы ДОУ, мониторинг развития личности ребёнка, мониторинг положительной динамики зрительных функций.

Учитель-дефектолог, педагог - психолог, учитель-логопед, врач-офтальмолог:

- предоставляют информацию о результатах психолого – медико - педагогического обследования ребёнка при обращении родителей (законных представителей);

- не разглашают информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребёнком и его родителями;

- разрабатывают рекомендации воспитателям группы для осуществления индивидуальной

работы;

- предоставляют информацию о ребёнке при оформлении на психолого – медико- педагогическую комиссию.

Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:

- если ребёнок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам;

- если ребёнок сообщит о жестоком обращении с ним или другими лицами;

- если материалы работы будут затребованы правоохранительными органами.

О таких ситуациях родитель (законный представитель) будет информирован.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_г. и действует

на время пребывания моего ребёнка в дошкольной образовательной организации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления

соответствующего письменного документа, который может быть представлен мной в адрес образовательной организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю МБОУ ШИ для слепых и слабовидящих детей

Подпись

**Согласие родителей (законных представителей)**

**на временное объединение групп**

 Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя)

являясь родителем (законным представителем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ФИО ребёнка

Обучающегося\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

наименование образовательной организации

даю согласие на временное объединение возрастных групп в *Муниципальном бюджетном общеобразовательном учреждении городского округа Королёв Московской области «Школа-интернат для слепых и слабовидящих детей»*

 наименование образовательной организации

расположенному по адресу:  *г.о. Королёв, проспект Королёва, дом 11б*

## Объединение возрастных групп происходит по причине:

## низкой посещаемости детей (менее 5 человек),

## в летний оздоровительный период

## в случае высокой заболеваемости воспитателей (невозможности замены)

##  в случае если

— соблюдаются требования режима дня, соответствующего анатомо-физиологическим особенностям каждой возрастной группы (указано п. п. 1.8 СанПиН 2.4.1.3049-13 и в письме Минобрнауки России от 28.02.2014 N 08-249 «Комментарии к ФГОС дошкольного образования»//»Официальные документы в образовании», N 14, май, 2014.);

— соблюдаются требования п. 1.9. СанПиН 2.4.1.3049-13 : количество детей в группах компенсирующей направленности соответствующие требования обозначены в п. 1.11-1.12 [СанПиН 2.4.1.3049-13](http://deti-club.ru/novye-sanitarno-ehpidemiologicheskie-trebovaniya-2013%22%20%5Ct%20%22_blank).

О таких ситуациях родитель (законный представитель) будет информирован.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_г. и действует

на время пребывания моего ребёнка в дошкольной образовательной организации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления

соответствующего письменного документа, который может быть представлен мной в адрес образовательной организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю МБОУ ШИ для слепых и

 наименование образовательной организации слабовидящих детей

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

 Подпись Дата