|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Уважаемые родители (законные представители)!**  Наша школа сотрудничает с Центром психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Невского района Санкт-Петербурга.  В рамках запроса ГБОУ (ДОУ) №\_\_\_ в 202\_\_-202\_\_ учебном году специалистами ГБУ ДО ЦППМСП Невского района Санкт-Петербурга в нашем ОУ будет проводится психологическая работа по программе(ам) «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», включающей(их) наблюдение и диагностику, с последующим консультированием по результатам родителей и педагогов.  Просим дать согласие на работу педагога-психолога ГБУ ДО ЦППМСП Невского района Санкт-Петербурга с Вашим ребенком.  Администрация ГБОУ (ДОУ) №\_\_\_. Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О)  даю свое согласие на работу педагога-психолога ГБУ ДО ЦППМСП Невского района Санкт-Петербурга с моим(ей) сыном(дочерью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О ребенка, школа, класс, дата рождения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись) |  | **Уважаемые родители (законные представители)!**  Наша школа сотрудничает с Центром психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Невского района Санкт-Петербурга.  В рамках запроса ГБОУ (ДОУ) №\_\_\_ в 202\_\_-202\_\_ учебном году специалистами ГБУ ДО ЦППМСП Невского района Санкт-Петербурга в нашем ОУ будет проводится психологическая работа по программе(ам) «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»,включающей(их) наблюдение и диагностику, с последующим консультированием по результатам родителей и педагогов.  Просим дать согласие на работу педагога-психолога ГБУ ДО ЦППМСП Невского района Санкт-Петербурга с Вашим ребенком.  Администрация ГБОУ (ДОУ) №\_\_\_. Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О)  даю свое согласие на работу педагога-психолога ГБУ ДО ЦППМСП Невского района Санкт-Петербурга с моим(ей) сыном(дочерью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О ребенка, школа, класс, дата рождения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись) |  |