

Заведующему МБДОУ ДС КВ № 25
пгт Афипского МО Северский район
Л.О.Яровая
родителя (законного представителя)

проживающего по адресу:

Телефон

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

Я (Ф.И.О.), _____,
Прошу зачислить моего ребенка (Ф.И.О.ребенка), дата рождения _____

В группу компенсирующей направленности для детей с ОНР с образовательной деятельности по *адаптированной основной образовательной программе дошкольного образования МБДОУ ДС КВ № 25 пгт. Афипского МО Северский район.*

Обязуюсь выполнять следующие требования:

1. По рекомендации логопеда обращаться к невропатологу, ортодонту и другим узким специалистам.
2. Обеспечить ежедневное посещение ребенком ДОУ в период с 1 сентября по 1 июня.
3. Выполнять методические рекомендации логопеда. Каждый понедельник приносить рабочую тетрадь ребенка.
4. Контролировать произношение поставленных и автоматизированных звуков и 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 ли длительных пропусках ребенок может быть выведен из речевой группы через ПМП консилиум ДОУ. Последующее зачисление возможно при наличии свободных мест.

С условиями ознакомлен(а).

Дата _____

Роспись _____

Расшифровка _____