**ДОГОВОР**

**между МОУ «СОШ №6 г. Луга»(в лице директора МОУ «СОШ №6» Карпухиной Светланы Ивановны) и родителями (законными представителями) обучающегося вМОУ «СОШ №6» о его психолого-медико-педагогическом обследовании и сопровождении.**

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель МОУ «СОШ №6» | Родители (законные представители) обучающегося |
| Карпухина  Светлана Ивановна  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М. П. | ФИО ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО родителей (законных представителей)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Характер родственных отношений в соответствии с паспортными данными  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М. П. |
| Информирует родителей (законных представителей) обучающегося об условиях его психолого-медико-педагогического обследования и сопровождения специалистами ПМПк. | Выражают согласие (в случае несогласия договор не подписывается) на психолого-медико-педагогическое обследование и сопровождение обучающегося в соответствии с показаниями, в рамках профессиональной компетенции и этики специалистов ПМПк. |