**Заведующей МБ ДОУ**

**Починковским детским садом № 2**

 **Елизаровой В.Д**

**Заявление**

Я, (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу зачислить моего ребенка (Ф.И. ребенка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на логопедический пункт МБ ДОУ № 2.

**Обязуюсь выполнять следующие требования:**

1. По рекомендации логопеда обращаться к невропатологу, ортодонту, отоларингологу и другим специалистам.
2. Сообщать о заболеваниях, симптомах, синдромах, траекториях индивидуального развития, наличии реабилитационных карт имеющих влияние на результат коррекционной работы.
3. Посещать логопедические занятия, консультации, родительские собрания по приглашению логопеда.
4. Выполнять рекомендации логопеда и домашние задания. На каждое занятие приносить рабочую тетрадь ребенка.
5. Поставленный логопедом звук автоматизировать в повседневной речи ребенка.

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

**Примечание:** при систематическом невыполнении требований или длительных пропусках (за исключением лечения, реабилитации) ребенок может быть выведен из логопункта решением комиссии. Последующее зачисление возможно при наличии свободных мест.

С условиями зачисления ознакомлен(а).

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.