

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА  
«ТЕХНИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ» ГОРОДА ОБНИНСКА**

---

Российская Федерация, Калужская область, г. Обнинск  
Ул. Мира, 14, тел.факс (48439) 6-11-68

**Согласие родителей ( опекунов) на психологическое сопровождение учащегося в  
образовательном учреждении**

Я, \_\_\_\_\_ согласен /а/  
на психолого-педагогическое сопровождение моего ребёнка

---

( фамилия, имя, класс )

Психологическое сопровождение ребёнка включает в себя:

- психологическую диагностику;
- участие ребёнка в развивающих занятиях;
- консультирование родителей (по желанию);
- при необходимости – посещение ребёнком коррекционно- развивающих занятий.

---

Дата

---

Подпись

---