

**Добровольное информационное согласие  
родителей (законных представителей)  
на внесение сведений в муниципальную базу данных детей с ОВЗ.**

Я, \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем

\_\_\_\_\_  
ФИО ребёнка полностью

Дата рождения ребёнка \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Наименование образовательной организации МАДОУ ЦРР №6

\_\_\_\_\_  
Даю своё согласие на внесение сведений в муниципальную базу данных  
детей с ОВЗ.

С порядком учёта детей с ОВЗ ознакомлен

Дата \_\_\_\_\_

Роспись \_\_\_\_\_