

**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 _____