|  |
| --- |
| Исполнительному ̀Исполнительному директору ОАНО «Физтех-начало»  И.М. Рыжовой |
| от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_года |
| кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| проживающего(ей) по адресу: г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д.\_\_\_\_\_, корп.\_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Согласие на проведение диагностического тестирования**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю согласие, на проведение диагностического тестирования моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения в период приемной кампании в 1-й класс ОАНО «Физтех-начало» в 2024 году.

Я уведомлен (а) о том, что в процессе диагностики к моему ребенку будут применяться методики, рекомендованные к использованию Министерством образования и науки Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г.

(подпись) Ф.И.О. родителя (законного представителя) (дата)