|  |  |
| --- | --- |
| Российская ФедерацияМуниципальное дошкольное образовательное учреждение**«Центр развития ребенка -** **Детский сад № 2»**155908, г. Шуя, Ивановская обл.,ул. Кооперативная, д.31 А,тел.8 (49351) 4-57-60; 4-59-20e-mail:mdou\_crr\_2@mail.ru | Заведующему МДОУ «Центра развития ребенка – Детский сад № 2»Холодовой И.Г.от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

СОГЛАСИЕ.

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

*(Ф.И.О.)*

(законный представитель) моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., дата рождения)*

даю добровольное согласие на выполнение требований при посещении моего ребенка МДОУ «Центр развития ребенка – Детский сад № 2» о максимальном ограничении контактов вне работы и круга семьи.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*Дата Подпись Расшифровка*

|  |  |
| --- | --- |
| Российская ФедерацияМуниципальное дошкольное образовательное учреждение**«Центр развития ребенка -** **Детский сад № 2»**155908, г. Шуя, Ивановская обл.,ул. Кооперативная, д.31 А,тел.8 (49351) 4-57-60; 4-59-20e-mail:mdou\_crr\_2@mail.ru | Заведующему МДОУ «Центра развития ребенка – Детский сад № 2»Холодовой И.Г.от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

СОГЛАСИЕ.

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

*(Ф.И.О.)*

(законный представитель) моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., дата рождения)*

даю добровольное согласие на выполнение требований при посещении моего ребенка МДОУ «Центр развития ребенка – Детский сад № 2» о максимальном ограничении контактов вне работы и круга семьи.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*Дата Подпись Расшифровка*