|  |  |
| --- | --- |
| Российская Федерация  Муниципальное 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; 4-59-20  e-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 Федерация  Муниципальное 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; 4-59-20  e-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*