

Директору ГБУ ДО ЦППМСП  
Приморского района  
г. Санкт-Петербурга  
Ковлер Д.С.

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.  
родителя/законного представителя), отказываюсь от оказания  
логопедической помощи (проведения диагностических / коррекционных  
мероприятий учителем-логопедом) моему ребенку (Ф.И.О. ребенка)

\_\_\_\_\_ ученику(це) \_\_\_\_\_ класса ГБОУ № 583 на период обучения в начальной  
школе.

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

\_\_\_\_\_ (указать причину отказа).

Дата

Подпись