Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 583

620092, г. Екатеринбург, ул. Сыромолотова, 17а, тел./факс 8(343) 347-06-40, [mbdoy583@eduekb.ru](mailto:mbdoy583@mail.ru)

**ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАПРОСА РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВТЕЛЕЙ) В КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ**

**ПУНКТ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

|  |  |
| --- | --- |
| **Данные** | **Поле для заполнения** |
| Дата запроса (оформления  анкеты) |  |
| ФИО родителя (законного  представителя) |  |
| E-mail для обратной связи |  |
| ФИО ребенка |  |
| Дата рождения ребенка |  |
| У какого специалиста Вы бы хотели получить консультацию? |  |
| Повод обращения? |  |
| Заполнив анкету, я даю СОГЛАСИЕ на обработку своих  персональных данных и персональных данных своего ребенка | |

ПРИМЕЧАНИЕ: *обработка персональных данных включает в себя фиксацию Вашего запроса в журнале регистрации запросов Консультационного пункта и в журнале регистрации индивидуальных приемов Консультационного пункта.*

**После получение Вашей анкеты специалисты Консультационного пункта:**

* + **подготовят консультацию;**
  + **Отправят на электронную почту, указанную в анкете.**