



ОСНОВНО УЧИЛИЩЕ „ВАСИЛ АПРИЛОВ“  
гр. София, район „Младост“, кв. Горубляне  
п.к.1138, ул. „Самоковско шосе“ 41, тел/fax. 02/973 61 54, E-mail- [school82@gbg.bg](mailto:school82@gbg.bg)

ДО  
ДИРЕКТОРА  
НА 82. ОУ „В. АПРИЛОВ“

**ДЕКЛАРАЦИЯ**  
за информирано съгласие

от

.....

тел: ....., родител/настойник

на.....

ученик/чка от ..... клас

С настоящата декларация изразявам съгласието/несъгласието си училищният логопед да провежда индивидуална работа и консултации с детето ми по негово желание, както и при идентифицирана потребност.

Дата: .....20..... г.

Декларатор:.....

---

ДО  
ДИРЕКТОРА  
НА 82. ОУ „В. АПРИЛОВ“

**ДЕКЛАРАЦИЯ**  
за информирано съгласие

от

.....

тел:....., родител/настойник

на.....

ученик/чка от ..... клас

С настоящата декларация изразявам съгласието/несъгласието си училищният психолог да провежда индивидуална и/или груповата работа и консултации с детето ми по негово желание, както и при идентифицирана от екипа на училището потребност.

Дата: .....20..... г.

Декларатор:.....

---