Муниципальное дошкольное образовательное бюджетное учреждение

детский сад комбинированного вида № 20 города Лабинска

муниципального образования Лабинский район

**ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА**

**для ОФОРМЛЕНИЯ ЗАПРОСА родителей в**

**КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР МДОБУ детского сада № 20 г.Лабинска**

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

* ПРИМЕЧАНИЕ: *обработка персональных данных включает в себя фиксирование Вашего запроса в журнале учета обращений родителей (законных представителей)в Консультационный центр*

***После получения Вашей анкеты специалисты Консультационного центра:***

* подготовят консультацию
* отправят ее по адресу электронной почты, указанному в анкете.