Форма обращения

в Консультационный центр

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. родителя  (законного представителя) |  |
| номер телефона или email  для обратной связи |  |
| Фамилия, имя ребенка, возраст |  |
| У какого специалиста Вы хотели бы получить консультацию? |  |
| Суть вопроса  (краткое описание проблемы) |  |
| Желаемая дата получения консультации |  |
| Желаемая форма получения консультации:   * Дистанционная   (по телефону; по Skype)   * Очная (при личном визите в Консультационный центр) |  |
| Заполнив Форму, 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) и в журнале учета работы Консультационного центра.