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.