SZÜLŐI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Tisztelt Szülők!

Tájékoztatjuk, hogy iskolánkban szükség esetén iskolapszichológus segíti a diákok és pedagógusok munkáját. Az iskolapszichológus az általa szervezett pszichológiai foglalkozáson egyéni konzultációt, krízistanácsadást, mentálhigiénés megelőző tevékenységet folytat. Az iskolapszichológus e tevékenysége nem helyettesíti a terápiás, pszichiátriai ellátást.

A fenti tájékoztatást tudomásul vettem és hozzájárulunk/ hozzájárulok, hogy gyermekemmel:

……..….név ……osztály

az iskolapszichológus egyéni konzultációt folytasson, gyermekem problémájának megoldása érdekében.

Hozzájárulok, hogy gyermekem személyes adatait, a hatályos adatvédelmi törvényeknek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően, titoktartási kötelezettségének betartásával, nyilvántartsa, és kezelje.

Elérhetőség: poczegertrud@nagylaszlo-koszeg.edu.hu

<u>A gyermek személyes adatai:</u>
Születési helye, ideje:…….
Anyja neve:…….
Lakcíme:……..
Szülő telefonszáma:…….
Szülő e-mail címe:……
Gyermek iskolájának neve, címe: …….
……

Jelen hozzájárulás megadása tekintetében nyilatkozunk / nyilatkozom, hogy a gyermek felett a szülői felügyeleti jogot

- közösen gyakoroljuk
- egyedül gyakorlom. *(Megfelelő rész aláhúzandó.)*

……. 20…...év ……..hónap……nap

…… ……..

Szülő / gondviselő aláírása Szülő/ gondviselő aláírása