

INFORMÁLT SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Tisztelt Szülők!

Tájékoztatjuk, hogy intézményünkben iskolapszichológus segíti a diákok és pedagógusok munkáját. Az iskolapszichológus az általa szervezett pszichológiai foglalkozáson egyéni vagy csoportos szűrést, konzultációt, krízistanácsadást, mentálhigiénés megelőző tevékenységet folytat. Ezek keretében lehetőség nyílik a pedagógusok, szülők és/vagy a diákok által kezdeményezett segítő beszélgetésre valamint tanácsadási tevékenységre, ehhez kérjük beleegyezését. Az iskolapszichológus ezen tevékenysége nem helyettesíti a terápiás, pszichiátriai ellátást.

Alulírott (szülő/gondviselő neve nyomtatott betűvel)
a fenti tájékoztatást tudomásul vettem, és hozzájárulok, hogy gyermekem:
.....(név) (születési idő) (osztály)
indokolt esetben részt vegyen az iskolapszichológus egyéni/csoportos foglalkozásain. Szükség esetén vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt gyermekem problémájának megoldása érdekében. Hozzájárulok, hogy gyermekem személyes adatait, a hatályos adatvédelmi törvénynek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően, titoktartási kötelezettségének betartásával, nyilvántartsa és kezelje. Hozzájárulok, hogy az iskolapszichológus szükség esetén felvehesse a kapcsolatot a gyermeket allató külsős szakemberekkel. Aláírással elismerem, hogy közös szülői felügyelet esetén, fenti tájékoztatást a gyermek felügyeleti jogát gyakorló másik szülő is megismerte, és annak tartalmával, valamint a gyermek iskolapszichológusi ellátásával egyetért.

Budapest, 20..... évhónapnap

Szülő/gondviselő aláírása:

Szülő/gondviselő aláírása:

Lakcím:

Szülő(k) telefonszáma:

E-mail címe:

További információ, és konzultációs időpont az alábbi elérhetőségeken kérhető:

toth.krisztina@fasori.hu