

SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
iskolapszichológiai ellátáshoz

Az iskolapszichológus feladata, hogy az iskolában segítse a szülők, gyermekek és pedagógusok együttműködését, rövid tanácsadási és állapotfelmérési folyamatokat vezessen, preventív és edukatív jelleggel csoportos foglalkozásokat, előadásokat tartson, segítse szükség esetén a megfelelő ellátásba irányítást. Munkája során lehetőség van a tanulókkal történő egyéni segítő foglalkozásra, amelynek legtöbbször fontos része a szülői és pedagógiai konzultáció. Ezzel a nyilatkozattal ehhez járul hozzá.

Alulírott (szülő/gondviselő neve) hozzájárulok, hogy gyermekem (gyermek neve)..... osztálya: részt vegyen az iskolapszichológus egyéni foglalkozásain. Vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt és együttműködést gyermekem fejlődésének segítése érdekében. Hozzájárulok, hogy az iskolapszichológus gyermekem személyes adatait, a hatályos adatvédelmi törvényeknek (GDPR), és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően nyilvántartsa és kezelje.

Amennyiben egyedül írom alá ezt a nyilatkozatot, nyilatkozom, hogy jogosult vagyok a távol lévő szülő képviselőtére, vagy kizárólagos szülői felügyeleti joggal rendelkezem.

e-mail címem:

telefonos elérhetőségem:

.....

szülő vagy szülők aláírása