

INFORMÁLT SZÜLŐI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Tisztelt Szülők!

Tájékoztatjuk, hogy a Tisza-parti Általános Iskolában 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** **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. 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.

Szeged, 20..... évhónapnap

.....
Szülő/gondviselő aláírása

Lakcím:

Szülő telefonszáma:

E-mail címe:

További információ, és konzultációs időpont az alábbi elérhetőségeken kérhető:

Barta Ágnes iskolapszichológus

Szerda: 14-17 óra Péntek: 9-16 óra (előjegyzés alapján)

E-mail: acsnebartaagi@gmail.com

Telefon: 20/353-0254