

## INFORMÁLT SZÜLŐI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

*Tisztelt Szülők!*

Tájékoztatjuk, hogy a Tisza-parti Általános Iskolában **szociális segítő munkatárs** támogatja a diákok és pedagógusok munkáját. A szociális segítő az általa szervezett 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. A szociális segítő 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 a szociális segítő egyéni/csoportos foglalkozásain. Szükség esetén vállalom a szociális segítő munkatárssal 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 szociális segítői ellátásával egyetért.

Szeged, 20..... év .....hónap .....nap

.....  
Szülő/gondviselő aláírása

Lakcím:

Szülő telefonszáma:

E-mail címe:

További információ, és konzultációs időpont az alábbi elérhetőségeken kérhető:

***Dóczi Anikó iskolai szociális segítő***

Keddenként: 13-15 óráig

E-mail: doczi.aniko@csgyj.k.ritek.hu

Telefon: 20/506-9745