

SZÜLŐI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

iskolapszichológiai ellátáshoz

Az iskolapszichológiai munka célja a tanulók lelki egészségének támogatása, az iskolai nehézségek kezelése, valamint a tanulók, a szülők és a pedagógusok együttműködésének segítése. Ennek keretében egyéni és csoportos segítő foglalkozásokra, konzultációkra, rövid tanácsadási és állapotfelmérési folyamatokra, valamint megelőző és edukatív jellegű csoportos foglalkozások és előadások megtartására kerülhet sor.

Alulírott (szülő / törvényes képviselő) neve, születési helye és ideje:

E-mail cím:

Telefonszám:

Gyermek neve, születési helye és ideje:

Osztály:

Hozzájárulok ahhoz, hogy gyermekem az iskolapszichológiai ellátás keretében az iskolapszichológus által nyújtott egyéni és/vagy csoportos segítő foglalkozásokon, konzultációkon és előadásokon részt vegyen.

Tudomásul veszem, hogy az iskolapszichológiai segítő munka nem pszichoterápia, és szükség esetén nem helyettesíti a pszichológiai, klinikai szakpszichológiai vagy gyermekpszichiátriai ellátást. Szükség esetén az iskolapszichológiai munkatárs megfelelő szakellátás igénybevételét javasolhatja.

Tudomásul veszem, hogy a pszichológiai munkatársat a tudomására jutott személyes és pszichológiai adatok tekintetében a vonatkozó jogszabályok és szakmai-etikai szabályok szerinti titoktartási kötelezettség terheli. Tudomásul veszem továbbá, hogy a gyermek veszélyeztetettségének észlelése esetén a Gyvt. szerinti jelzési, illetve szükség esetén hatósági eljárás kezdeményezésére irányuló kötelezettség fennállhat.

Adatkezelési hozzájárulás

Az adatkezelésre vonatkozó részletes tájékoztatást megismertem, annak tartalmát tudomásul vettem, és az abban meghatározott, a gyermekem iskolapszichológiai ellátásával összefüggő személyes és – szükség szerint – különleges adatok kezeléséhez kifejezett hozzájárulásomat adom.

A törvényes képviselő hozzájárulása

Kijelentem, hogy a gyermek törvényes képviselője vagyok, és a hozzájárulás megadására jogosult vagyok. Jelen nyilatkozatot önkéntesen teszem meg. A hozzájárulásomat bármikor, indoklás nélkül visszavonhatom. A hozzájárulás a jelen nyilatkozat alapján nyújtott iskolapszichológiai ellátás időtartamára, illetve visszavonásig érvényes.

Közös szülői felügyelet esetén mindkét szülő aláírása szükséges. Egyedül gyakorolt szülői felügyelet esetén elegendő az azt gyakorló szülő aláírása. Gyermekvédelmi gyámság alatt álló gyermek esetén a gyermekvédelmi gyám írja alá a nyilatkozatot.

Kelt:, 20.....

Szülő / törvényes képviselő / gyám aláírása

Közös szülői felügyelet esetén a másik szülő aláírása

Tanuló egyetértő aláírása