

SZÜLŐI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

iskolapszichológusi ellátáshoz

Tájékoztatjuk, hogy a Móricz Zsigmond Gimnáziumban iskolapszichológus segíti a diákok és pedagógusok munkáját. Ennek keretében lehetőség nyílik a szülők és/vagy a diákok által kezdeményezett egyéni segítő beszélgetésre, valamint tanácsadási tevékenységre, ehhez kérjük beleegyezését.

Alulírott (szülő/gondviselő neve nyomtatott betűvel)

gondviselőtársammal együtt hozzájárulok, hogy

nevű, osztályos gyermekem részt vegyen az iskolapszichológus egyéni foglalkozásain. Elfogadom, hogy az iskolapszichológussal folyó munka nem terápia, nem helyettesíti sem a terápiás pszichológusi, sem a gyermekpszichiátriai munkát. Vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt gyermekem önismeretének fejlesztése érdekében (amennyiben ezt az iskolapszichológus szükségesnek látja). Hozzájárulok, hogy személyes adatait a hatályos adatvédelmi törvénynek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően nyilvántartsa és kezelje.

A megfelelő rész jelölendő:

- Nyilatkozom arról, hogy **a szülői felügyeleti jogot közösen gyakoroljuk, jogosult vagyok a távol lévő szülő képviselőtére**. Vállalom, hogy a másik szülőt az iskolapszichológusi ellátásról tájékoztatom.
- Nyilatkozom arról, hogy **a szülői felügyeleti jogot egyedül gyakorlom**. Vállalom, hogy a másik szülőt az iskolapszichológusi ellátásról tájékoztatom.
- Nyilatkozom arról, hogy **a szülői felügyeleti jogot egyedül gyakorlom, és a távollévő szülő felügyeleti joga szünetel vagy megszűnt**.

Telefonos elérhetőség:

E-mail cím:

Budapest, 20..... évhónapnap

.....
Szülő aláírása

.....
Szülő aláírása