

SZÜLŐI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Tisztelt Szülő(k)!

Tájékoztatjuk, hogy a Hunyadi Mátyás Általános Iskola, Gimnázium és Alapfokú Művészeti Iskolában iskolapszichológus is segíti a diákok és a pedagógusok munkáját. Ennek keretében lehetőség nyílik a pedagógusok, szülők és/vagy a diákok által kezdeményezett egyéni segítő beszélgetésre valamint tanácsadási tevékenységre, ehhez kérjük beleegyezését.

Az iskolapszichológus az általa szervezett közvetlen pszichológiai foglalkozáson egyéni vagy csoportos szűrést végez, vizsgálatot, konzultációt, krízistanácsadást, mentálhigiénés megelőző tevékenységet folytat. Az iskolapszichológussal folyó munka konzultációs, tanácsadási munka. Amennyiben terápiás, vagy gyermekpszichiátriai segítségre van szükség, elfogadom a pszichológus javaslatát, mivel az iskolapszichológussal folyó munka nem terápia, nem helyettesíti sem a terápiás pszichológusi, sem a gyermekpszichiátriai munkát.

Az iskolapszichológus szakvélemény kiállítására nem jogosult. A visszajelzés kizárólag tájékoztató jellegű.

Alulírott(szülő/gondviselő neve nyomtatott betűvel) hozzájárulok, hogy gyermekem: részt vegyen az iskolapszichológus vizsgálatain, foglalkozásain. Pszichológiai tanácsadáson történő megjelenését engedélyezem, azzal egyetértek. 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 nyilvántartsa és kezelje. *Elfogadom, hogy az iskolapszichológussal folyó munka nem terápia, nem helyettesíti sem a terápiás pszichológusi, sem a gyermekpszichiátriai munkát.*

Az iskola a keletkezett iratokat az adatvédelmi törvényi előírásainak megfelelően kezeli.

Tájékoztatatom, hogy az iskolapszichológusi munka szupervízióban történik.

Gyermek személyes adatai

Gyermek neve:

Gyermek születési helye, ideje:

Anya neve:

Apa neve:

Szülő e-mail címe:

Szülő telefonszáma:

Jelen hozzájárulás megadása tekintetében nyilatkozunk / nyilatkozom, hogy a gyermek felett a szülői felügyeleti jogot **közösen gyakoroljuk / egyedül gyakorlom** (megfelelő aláhúzendő).

Budapest, 20..... évhónapnap

.....

Szülő aláírása

.....

Szülő aláírása

Kérem, hogy a szülő jelentkezzen be konzultációra!

Időpont-egyeztetés kapcsán az alábbi e-mail címen lehet jelentkezni:

kotsy-ludanyik@hunyadi-halasztelek.edu.hu

Kotsy-Ludányi Kitti

iskolapszichológus