



SZÜLŐI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Tájékoztatjuk, hogy általános iskolánkban 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.

Az iskolapszichológus az általa szervezett közvetlen pszichológiai foglalkozáson egyéni vagy csoportos szűrést végez, vizsgálatot, konzultációt, krízistanácsadást, mentálhigiénés megelőző tevékenységet folytat. Az iskolapszichológus ezen tevékenysége nem helyettesíti a terápiás, pszichiátriai kezelést.

Alulírott (szülő/gondviselő neve nyomtatott betűvel).....
hozzájárok, hogy gyermekem: részt vegyen az iskolapszichológus egyéni foglalkozásain. Vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt gyermekem problémájának megoldása érdekében. Amennyiben a pszichológusi foglalkozáson szerzett tapasztalatok alapján szükségesnek látszik terápia vagy más kezelés folytatása, úgy az iskolapszichológus továbbirányítja a gyermeket a pedagógiai szakszolgálatához vagy más szakellátást (pl. pszichiátriai ellátást) biztosító intézményhez.

A Nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC törvény felhatalmazása alapján, az iskola jogosult a gyermek törvényben meghatározott személyes adatainak kezelésére. Ilyen adat többek közt a gyermek sajátos nevelési igényére, beilleszkedési zavarára, tanulási nehézségére, magatartási rendellenességére vonatkozó adat, melyeket a pedagógiai szakszolgálat intézményei és az iskola jogosult egymás közt továbbítani a gyermek megfelelő ellátása érdekében a jogszabályban és a szakmai (etikai) szabályzatokban előírt szigorú titoktartási szabályok betartása mellett.

Hozzájárulok, hogy gyermekem személyes adatait az iskolapszichológus, a hatályos adatvédelmi törvénynek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően nyilvántartsa és kezelje.

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

Budapest, 20..... évhónapnap

.....
Szülő, gondviselő aláírása

.....
Szülő, gondviselő aláírás

Kérdés és időpont-egyeztetés kapcsán az alábbi e-mail címen lehet jelentkezni:

Zelena Dorina: zelenadorina.pszichologus@gmail.com



Városligeti Magyar-Angol Két Tanítási Nyelvű Általános Iskola

1146 Budapest, Hermina út 9-15.

e-mail: info@varosligeti-altisk.hu

Gyermek személyes adatai:

Gyermek neve:

Gyermek születési helye, ideje:.....

Anya neve:

Apa neve:

Szülő e-mail címe:

Szülő telefonszáma: