

Hozzájárulási nyilatkozat

Beleegyezem, hogy nevű,
..... iskolába járó osztályos gyermekem
az iskolapszichológus vizsgálatán, foglalkozásain részt vehet.

Elfogadom, hogy az iskolapszichológussal folyó munka nem terápia, nem helyettesíti sem a terápiás
pszichológusi, sem a gyermekpszichiáteri munkát.

Vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt gyermekem problémájának megoldásának
érdekében.

A titoktartásról szóló információkat (Lásd: <http://mpt.hu/wp-content/uploads/2014/10/Pszichol%C3%B3gusok-Szakmai-Etikai-K%C3%B3dex.pdf> 6-7. old.) megismertem, hozzájárulok
gyermekem adatainak bizalmas kezeléséhez.

Az iskola, a Nevelési Tanácsadó a keletkezett iratokat az adatvédelmi tv. előírásainak megfelelően kezeli.

Kelt, 20.....

.....

Mindkét szülő, ill. gondviselő aláírása

Lakcíme:

Napközbeni elérhetősége telefonon: