

SZÜLŐI HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT egyéni iskolapszichológiai tanácsadáshoz

Alulírott (törvényes képviselő neve nyomtatott betűvel):
(lakcíme:..... telefonszáma:..... e-mail
címe:) **hozzájárulok, hogy kiskorú gyermekem**
(név nyomtatott betűvel),
(születési hely és idő:....., anyja neve:
....., iskolai osztálya:,
elérhetősége /telefon, e-mail cím/:

Selmecziné Valach Renáta, iskolapszichológus vizsgálatán, foglalkozásain részt vegyen.

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 tájékoztatást megkaptam, hozzájárulok gyermekem adatainak bizalmas kezeléséhez. Beleegyezem, hogy az iskolapszichológus gyermekem személyes adatait, anyagát a hatályos adatvédelmi törvényeknek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően nyilvántartsa és kezelje. A tárolt adatokat előzetes egyeztetést követően bármikor megismerhetem, azok a tanácsadás lezárását követően 5 év múlva kerülnek megsemmisítésre. A nyilatkozat visszavonásig érvényes.

Jelen hozzájárulás megadása tekintetében nyilatkozunk/nyilatkozom*, a gyermek felett a szülői felügyeleti jogot közösen gyakoroljuk/egyedül gyakorolom*. Közös felügyeleti jog esetén a gyermekem nevelésében velem közösen részt vevő felet tájékoztatom hozzájárulásomról.*

Kelt:....., 20..... év hónapnap

.....
törvényes képviselő (édesanya)

.....
törvényes képviselő (édesapa)

*A megfelelő rész aláhúzendó