

## 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, vizsgálatot, konzultációt, krízistanácsadást, mentálhigiénés megelőző tevékenységet folytat. Az iskolapszichológus ezen tevékenysége nem helyettesíti a terápiás, pszichiátriai kezelést.

Alulírott (szülő/gondviselő neve nyomtatott betűvel) .....  
..... hozzájárulok, 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 a terápia vagy más más kezelés folytatása, úgy az iskolapszichológus továbbirányítja a gyermeket a pedagógiai szakszolgálathoz vagy más szakellátást (pl. pszichiátriai ellátást) biztosító intézményhez.

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.

### Gyermek személyes adatai:

Születési helye, ideje:

Anya neve:

Apa neve:

Gondviselő neve:

Lakcíme:

Telefonszáma (napközbeni elérhetőség):

Nyíregyháza, .....

---

Szülő, gondviselő

---

Szülő, gondviselő