Согласие родителей (опекунов) на психологическое сопровождение обучающегося В МАОУ «Велижанская СОШ»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

даю согласие на психолого педагогическое сопровождение моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. (ре6енка)

Дата рождения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г. чьим законным представителем являюсь.

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя:

* психологическую диагностику;
* участие ребенка в развивающих занятиях;
* консультирование родителей (по желанию);
* при необходимости - посещение ребенком коррекционно-развивающих занятий.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях психолого — педагогического сопровождения.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в общеобразовательном учреждении с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Психолог обязуется:

* предоставлять информацию о результатах психологического обследования ребенка при обращении родителей (опекунов); - не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями (опекунами).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Ф.И.О. одного из родителей, опекуна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Ф.И.О. педагога-психолога образовательного учреждения

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.