**Szülői nyilatkozat az iskolapszichológusi szolgáltatás elfogadásáról**

Tisztelt Szülő!

Tájékoztatjuk, hogy iskolánkban iskolapszichológus is segíti az oktatók és a gyerekek munkáját. Tevékenysége kiterjed a NAT-ban előírt kompetenciák és ismeretek fejlesztésére, illeszkedik az iskola szakmai programjához és szükséges annak megvalósításához. Munkáját a Szakképzési Törvény és a pszichológusok számára kialakított etikai kódex alapján osztályos és csoportos keretben végzi. Ezen túlmenően, adott időkeretben rendelkezésre áll a szülők és/vagy a diákok által kezdeményezett egyéni segítő beszélgetésre valamint tanácsadási tevékenységre.

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 pszichoterápiást, pszichiátriai kezelést.

Kérem hozzájárulást, hogy gyermeke az iskolapszichológus által szervezett közvetlen pszichológiai foglalkozáson részt vehessen. Valamint hogy az iskolapszichológus a gyermeke és a család személyes adatait a hatályos adatvédelmi törvénynek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően nyilvántartsa és kezelje.

A fentiekhez hozzájárulok és elfogadom:

Diák neve: ….……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Szülők/gondviselők neve: ……………………………………………………………………………………………........................
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kapcsolattartó szülő elérhetősége: ………………………………………………………………………………………………………

Dátum:

szülő/gondviselő aláírása szülő/gondviselő aláírása