

TÁJÉKOZTATÁS

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

Balogh Anita
iskolapszichológus
abalogh.ip@gmail.com

SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (szülő/gondviselő neve nyomtatott betűvel)
hozzájárok, hogy nevű, osztályos
gyermekem részt vegyen az iskolapszichológus egyéni/kiscsoportos foglalkozásain. Vállalom
az iskolapszichológussal való konzultációt gyermekem problémájának megoldása érdekében.
Amennyiben a pszichológusi foglalkozáson szerzett tapasztalatok alapján szükségesnek látszik
terápia vagy más kezelés folytatása, úgy az iskolapszichológus továbbirányítja a gyermeket a
pedagógiai szakszolgálathoz vagy más szakellátást (pl. pszichiátriai ellátást) biztosító
intézményhez.

Tájékoztatást kaptam a gyermeki személyiséjogokról és a titoktartásról. Tájékoztatást kaptam
arról, hogy az Ibolya Utcai Általános Iskola adatkezelési szabályzata az intézmény honlapján
megtekinthető. Hozzájárulok a személyes adatok bizalmas kezeléséhez. (Az adatokat a
pedagógiai szakszolgálat intézményei és az iskola jogosult egymás közt továbbítani a gyermek
megfelelő ellátása érdekében a jogszabályban és a szakmai (etikai) szabályzatokban előírt
szigorú titoktartási szabályok betartása mellett.)

Gyermek személyes adatai

Gyermek neve:

Gyermek születési helye, ideje:

Gyermek lakcíme:

Anya neve:

Szülő e-mail címe:

Szülő telefonszáma:

Debrecen, 20..... évhónapnap

.....
Szülő, gondviselő aláírása