**Nyilatkozat a szülői jogosultságról**

**szülői / gondviselői képviseletről**

Az óvoda-, iskolapszichológusi munka megkezdéséhez a szülők beleegyezése szükséges. Kétség esetén vélelmezzük, hogy a vizsgálatot engedélyező szülő a távollévő szülő képviseletére jogosult. Erről tájékoztatjuk, ezzel kapcsolatban alább írásban nyilatkozik.

Aláírásommal igazalom, hogy jogosult vagyok a távol lévő szülő képviseletére.

………………………………………………………

szülő/gondviselő

**Hozzájárulási nyilatkozat**

Beleegyezem, hogy ……………………………….……….. nevű, …….. csoportba/osztályba járó gyermekem az óvoda-, iskolapszichológus vizsgálatán, foglalkozásain részt vehet.

Elfogadom, hogy az óvoda-, iskolapszichológussal folyó munka nem terápia, nem helyettesíti sem a terápiás pszichológusi, sem a gyermekpszichiáteri munkát.

Vállalom az óvoda-, iskolapszichológussal való konzultációt gyermekem problémájának megoldásának érdekében.

A titoktartásról szóló tájékoztatást megkaptam, hozzájárulok gyermekem adatainak bizalmas kezeléséhez.

*Az óvoda, iskola a keletkezett iratokat az adatvédelmi tv. előírásainak megfelelően kezeli.*

Kelt ……………………..20……………..

Szülő, gondviselő aláírása

Lakcíme

Napközbeni elérhetősége telefonon: