

**Согласие родителей (законных представителей)  
на психологическое сопровождение ребенка**

Я \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))  
являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения ребенка)

даю согласие на его (ее) психологическое сопровождение в МКОУ «Талицкая средняя общеобразовательная школа №55», находящейся по адресу: 623640, Свердловская область, г. Талица, ул. Красноармейская 50.

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя: психологическую диагностику, наблюдение в период адаптации, участие в групповых развивающих занятиях, при необходимости индивидуальные занятия с ребенком, консультирование родителей.

**Педагог – психолог:**

- предоставляет информацию о результатах психологического обследования ребенка при обращении родителей (законных представителей);
- не разглашает информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями;
- разрабатывает рекомендации классному руководителю для осуществления индивидуальной работы;
- предоставляет информацию о ребенке при оформлении на психолога – медико-педагогическую комиссию (ПМПК).

**Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:**

- если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам;
  - если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими лицами;
  - если материалы работы будут затребованы правоохранительными органами.
- О таких ситуациях родитель (законный представитель) будет информирован.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует на время пребывания моего ребенка в МКОУ «Талицкая СОШ № 55».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес МКОУ «Талицкая СОШ № 55» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю МКОУ «Талицкая СОШ № 55».

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Согласие родителей (законных представителей)  
на психологическое сопровождение ребенка**

Я \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))  
являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения ребенка)

даю согласие на его (ее) психологическое сопровождение в МКОУ «Талицкая средняя общеобразовательная школа №55», находящейся по адресу: 623640, Свердловская область, г. Талица, ул. Красноармейская 50.

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя: психологическую диагностику, наблюдение в период адаптации, участие в групповых развивающих занятиях, при необходимости индивидуальные занятия с ребенком, консультирование родителей.

**Педагог – психолог:**

- предоставляет информацию о результатах психологического обследования ребенка при обращении родителей (законных представителей);
- не разглашает информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями;
- разрабатывает рекомендации классному руководителю для осуществления индивидуальной работы;
- предоставляет информацию о ребенке при оформлении на психолога – медико-педагогическую комиссию (ПМПК).

**Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:**

- если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам;
  - если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими лицами;
  - если материалы работы будут затребованы правоохранительными органами.
- О таких ситуациях родитель (законный представитель) будет информирован.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует на время пребывания моего ребенка в МКОУ «Талицкая СОШ № 55».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес МКОУ «Талицкая СОШ № 55» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю МКОУ «Талицкая СОШ № 55».

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_