Директору

МАОУ Червишевской СОШ

Жиляковой Н.А.

Адрес: с. Червишево, ул. Юбилейный квартал, 2

телефон: 8 (3452) 778 035

адрес электронной почты: cher@obraz-tmr.ru

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя/представителя)

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**родителей (законных представителей) на психолого-**

**педагогическое сопровождение учащегося в образовательном**

**учреждении.**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО законного представителя несовершеннолетнего)

Согласен(а) (не согласен (а)) на психолого-педагогическое сопровождение моего ребенка

Психолого-педагогическое сопровождение включает в себя:

-психологическую диагностику;

-участие ребенка в развивающих занятиях, тренингах;

-консультирование родителей (по желанию);

-при необходимости-посещение ребенком коррекционно-развивающих занятий

Педагог-психолог обязуется:

-предоставлять информацию о результатах психологического обследования ребенка при обращении законного представителя;

-не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его законным представителем.

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

1. Если ребенок сообщает о намерении причинить серьезный вред себе или другим лицам.
2. Если ребенок сообщает о жестоком обращении с ним или другими.
3. Если материалы индивидуальной работы будут затребованы правоохранительными органами.

**О таких ситуациях вы будете информированы.**

**Законные представители имеют право:**

* Обратиться к психологу по интересующему вопросу;
* Отказаться от психологического сопровождения ребенка (или отдельных его компонентов, указанных выше, предоставив психологу заявление об отказе на имя руководителя учреждения.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

МАОУ Червишевской СОШ

Жиляковой Н.А.

Адрес: с. Червишево, ул. Юбилейный квартал, 2

телефон: 8 (3452) 778 035

адрес электронной почты: cher@obraz-tmr.ru

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя/представителя)

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОТКАЗ**

родителей (законных представителей несовершеннолетнего, совершеннолетнего) от психолого-педагогического сопровождения учащегося в образовательном учреждении.

Я**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(**ФИО законного представителя несовершеннолетнего, совершеннолетнего)

**не согласен (а)) на психолого-педагогическое сопровождение моего ребенка в школе**

**Психолого-педагогическое сопровождение включает в себя:**

-психологическую диагностику;

-участие ребенка в развивающих занятиях, тренингах;

-консультирование родителей (по желанию), совершеннолетнего;

-при необходимости-посещение ребенком коррекционно-развивающих занятий

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_