**PASSZÍV SZÜLŐI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Tisztelt Szülő!

Tájékoztatom, hogy gyermeke iskolájában **iskolapszichológus** segíti a diákok és pedagógusok munkáját. Az iskolapszichológus az általa szervezett pszichológiai foglalkozáson egyéni vagy csoportos szűrést, konzultációt, krízistanácsadást, mentálhigiénés megelőző tevékenységet folytat. Ezek keretében sor kerülhet pedagógusok-, szülők- és/vagy a diákok által kezdeményezett segítő beszélgetésre, valamint tanácsadási tevékenységre.

Az iskolapszichológus ezen **tevékenysége nem helyettesíti a terápiás, vagy a pszichiátriai ellátást** (a foglalkozásokon szerzett tapasztalatok alapján szükség szerint tovább irányítja a gyermeket a pedagógiai szakszolgálathoz, vagy más szakellátást - pl. pszichiátriai ellátás -biztosító intézményhez).

Feladatellátása során **gyermeke személyes adatait** a hatályos adatvédelmi törvény és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően, titoktartási kötelezettségének betartásával **nyilvántartja és kezeli**.

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény 62.§; 72.§, a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet 131. § rendelkezései szerint **a szülő kötelessége**, hogy gyermekével megjelenjen a nevelési tanácsadáson, továbbá biztosítsa gyermekének az iskolapszichológusi vizsgálaton és a fejlesztő foglalkozásokon való részvételt, ha a tanulóval foglalkozó pedagógusok kezdeményezésére a nevelőtestület erre javaslatot tesz.

**Fenti tájékoztatást szülőként/gondviselőként megértettem/megértettük és tudomásul veszem/vesszük. Hozzájárulok/hozzájárulunk, hogy gyermekem/gyermekünk az iskolapszichológus által szervezett közvetlen pszichológiai foglalkozásokon részt vegyen.**

További információ (és konzultációs időpont) kérhető az iskolapszichológushoz az alábbi elérhetőségen:

Biróné Károly Anita (pedagógus, tanácsadó szakpszichológus),[iskolapszichologus.dujv@gmail.com](mailto:iskolapszichologus.dujv@gmail.com) (a tárgy mezőben a tanuló nevének- és iskolájának feltüntetésével).

**Kérjük, csak abban az esetben küldje vissza kitöltve és aláírva a nyilatkozatot, ha nem járul hozzá, hogygyermeke részt vegyen az iskolapszichológussal folytatott egyéni foglalkozásokon.**

Nem járulok hozzá, hogy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nevű gyermekem részt vegyen iskolapszichológus általi egyéni foglalkozáson.

Dátum:…………év…………hó……….nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Szülő (gondviselő) aláírása