

SZÜLŐI TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Kedves Szülők!

Tájékoztatjuk Önöket, hogy iskolánkban iskolapszichológus segíti a diákok és pedagógusok munkáját. Ennek keretében lehetőség nyílik a szülők és a diákok által kezdeményezett segítő beszélgetésre, valamint tanácsadási tevékenységre, ehhez kérjük beleegyezését.

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény alapján a szülő kötelessége, hogy biztosítsa gyermekének az iskolapszichológusi vizsgálaton és a fejlesztő foglalkozásokon való részvételét, ha a tanulóval foglalkozó pedagógusok kezdeményezésére a nevelőtestület erre javaslatot tesz.

Az iskolapszichológus az általa szervezett pszichológiai foglalkozáson, egyéni és csoportos szűrést, vizsgálatot, szociometriai felmérést, konzultációt, krízistanácsadást, mentálhigiénés megelőző tevékenységet folytat. Az iskolapszichológus ezen tevékenysége nem helyettesíti a terápiás, pszichiátriai kezelést.

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.

Adatvédelmi tájékoztatás:

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény felhatalmazása alapján az iskola jogosult a gyermek törvényben meghatározott személyes adatainak kezelésére. Ilyen adat többek közt a gyermek sajátos nevelési igényére, beilleszkedési zavarára, tanulási nehézségére, magatartási rendellenességére vonatkozó adat, melyeket 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. A gyermek adatainak jogszabályi felhatalmazás alapján történő kezelése az iskola SZMSZe/adatkezelési szabályzata szerint történik.

Egy konzultációs alkalom 45 percet vesz igénybe, amelyre az alábbi elérhetőségen keresztül lehet időpontot egyeztetni: pszichologus@jozsefesztergom.hu

Szülői beleegyező nyilatkozat:

Alulírott (szülő (k)/gondviselő(k) neve(i) nyomtatott betűvel)

.....
.....

hozzájárok, hogy gyermekem (gyermek neve nyomtatott betűvel):

.....

született: (hely),..... (idő)

az Esztergomi József Attila Általános Iskola osztályának tanulója részt vegyen az iskolapszichológus foglalkozásain. Hozzájárulok, hogy gyermekem személyes adatait az iskolapszichológus a hatályos adatvédelmi törvénynek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően nyilvántartsa és kezelje.

Jelen hozzájárulás megadása tekintetében nyilatkozom, hogy a gyermek felett a szülői felügyeleti jogot **közösen gyakoroljuk / egyedül gyakorlom.** *(Kérem, jelölje aláhúzással a megfelelőt! Közös felügyeleti jog esetén mindkét szülő aláírása szükséges a gyermekkel folytatott pszichológusi tevékenység megkezdéséhez.)*

A fenti tájékoztatást megértetem és tudomásul veszem.

E-mail cím, amelyen a szülő(k) elérhető(ek):

.....

Kelt:, 20..... év hónap nap

.....
Szülő, gondviselő aláírása

.....
Szülő, gondviselő aláírása