OB-15

**SZÜLŐI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT AZ**

**ÓVODAPSZICHOLÓGUSI TEVÉKENYSÉGHEZ**

**Aláírásommal elfogadom, hogy ………………………………………………………..nevű,**

…………………………………………………………óvodába………………………………csoportba járó gyermekem az alábbi óvodapszichológusi ellátásban részesüljön:

  gyermekemmel egyénileg foglalkozzon:

  gyermekemmel csoportban foglalkozzon.

**Vállalom az óvodapszichológussal való konzultációt a gyermekem problémájának megsegítése érdekében.**

***Elfogadom***, hogy az óvodapszichológussal folytatott munka nem helyettesíti a terápiás pszichológusi, valamint a gyermekpszichiáteri megsegítést.

***Hozzájárulok*** gyermekem adatainak bizalmas kezeléséhez a titoktartásra vonatkozó pszichológus etikai szabályok szerint.

***Hozzájárulok***, hogy amennyiben szükséges az információk átadhatóak az illetékes intézmények részére a gyermek további kezelése érdekében.

Az óvodapszichológiai ellátás megkezdéséhez a szülői felügyeletet gyakorló szülők jelenléte szükséges. Ha az első szülői konzultáció során az egyik szülő nincs jelen, a másik szülőnek írásban nyilatkoznia kell arról, hogy jogosult-e a távol lévő szülő képviseletére.

**Aláírásommal igazolom, hogy jogosult vagyok a távol lévő szülő képviseletére.**

Balatonfüred…………………………….. ………………………………………………

 szülő /vagy törvényes képviselő