

SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Tájékoztatjuk, hogy a Virányos Általános Iskolában iskolapszichológus segíti a diákok és pedagógusok munkáját. Ennek keretében lehetőség nyílik a szülők és/vagy a diákok által kezdeményezett egyéni segítő beszélgetésre valamint tanácsadási tevékenységre, ehhez kérjük beleegyezését.

Alulírott *(szülő/gondviselő neve nyomtatott betűvel)*.....

hozzájárulok, hogy gyermekem: részt vegyen az iskolapszichológus egyéni foglalkozásain. Vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt gyermekem problémájának megoldása érdekében. Hozzájárulok, hogy személyes adatait, a hatályos adatvédelmi törvénynek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően nyilvántartsa és kezelje.

Budapest, 20..... évhónapnap

.....

Szülő aláírása

Kérdés és időpont egyeztetés kapcsán az alábbi elérhetőségeken lehet jelentkezni:

Hernádi Anna (iskolapszichológus)

Tel.: 06 20 360 1268

e-mail: *annahernadi@gmail.com*