



Hozzájárulási nyilatkozat

Beleegyezem, hogy nevű, osztályos gyermekem az iskolapszichológus vizsgálatán, foglalkozásain részt vehet. Elfogadom, hogy az iskolapszichológussal folyó munka nem terápia, nem helyettesíti sem a terápiás pszichológusi, sem a gyermekpszichiáteri munkát. Vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt gyermekem problémájának megoldásának érdekében. A titoktartásról szóló tájékoztatást megkaptam, hozzájárulok gyermekem adatainak bizalmas kezeléséhez. Hozzájárulásom visszavonásig, illetve míg gyermekem a Bolyi Általános Iskolával jogviszonyban van, érvényes.

Az iskola, a Nevelési Tanácsadó a keletkezett iratokat az adatvédelmi tv. előírásainak megfelelően kezeli.

Kelt: Boly,

Szülő, gondviselő aláírása:

Lakcíme:

Napközbeni elérhetősége telefonon:



Hozzájárulási nyilatkozat

Beleegyezem, hogy nevű, osztályos gyermekem az iskolapszichológus vizsgálatán, foglalkozásain részt vehet. Elfogadom, hogy az iskolapszichológussal folyó munka nem terápia, nem helyettesíti sem a terápiás pszichológusi, sem a gyermekpszichiáteri munkát. Vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt gyermekem problémájának megoldásának érdekében. A titoktartásról szóló tájékoztatást megkaptam, hozzájárulok gyermekem adatainak bizalmas kezeléséhez. Hozzájárulásom visszavonásig, illetve míg gyermekem a Bolyi Általános Iskolával jogviszonyban van, érvényes.

Az iskola, a Nevelési Tanácsadó a keletkezett iratokat az adatvédelmi tv. előírásainak megfelelően kezeli.

Kelt: Boly,

Szülő, gondviselő aláírása:

Lakcíme:

Napközbeni elérhetősége telefonon: