**Согласие родителей (законных представителей)**

**на психолого-педагогическое сопровождение ребенка в период обучения**

**в образовательном учреждении**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., дата рождения родителя/законного представителя)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

даю согласие на психолого-педагогическое сопровождение моего ребенка (подопечного)

в течение всего период обучения в образовательном учреждении

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

(Ф.И.О., дата рождения ребенка/подопечного)

Психолого-педагогическое сопровождение включает в себя:

- психологическую диагностику (индивидуальную и групповую);

- психологическое консультирование;

- просветительские и профилактические занятия;

- психологическое консультирование родителей;

- коррекционно-развивающие занятия (при необходимости);

Педагог-психолог обязуется:

- предоставлять информацию о результатах психологического обследования

обучающегося при обращении родителей (законных представителей);

-не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной

беседы с обучающимся и его родителями (законными представителями).

|  |
| --- |
| Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:  Если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам.  Если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими лицами.  Если материалы индивидуальной работы будут затребованы правоохранительными органами.  **О таких ситуациях Вы будете информированы.** |

Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

расшифровка

В соответствии с Федеральным законом от 27. 07. 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами, действующими на территории Российской Федерации, даю согласие педагогу-психологу образовательного учреждения на обработку персональных данных: Ф.И.О., дата рождения ребенка; сведения о месте обучения (воспитания) ребенка; абонентский номер; иные персональные данные, сообщаемые субъектом персональных данных. Я даю согласие на использование своих персональных данных и моего ребенка в целях оказания психолого-педагогических услуг. Согласие на обработку персональных данных действует в период обучения в образовательном учреждении.

Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

расшифровка

Ф.И.О., подпись педагога-психолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие родителей (законных представителей)**

**на психолого-педагогическое сопровождение ребенка в период обучения**

**в образовательном учреждении**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., дата рождения родителя/законного представителя)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

даю согласие на психолого-педагогическое сопровождение моего ребенка (подопечного)

в течение всего период обучения в образовательном учреждении

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

(Ф.И.О., дата рождения ребенка/подопечного)

Психолого-педагогическое сопровождение включает в себя:

- психологическую диагностику (индивидуальную и групповую);

- психологическое консультирование;

- просветительские и профилактические занятия;

- психологическое консультирование родителей;

- коррекционно-развивающие занятия (при необходимости);

Педагог-психолог обязуется:

- предоставлять информацию о результатах психологического обследования

обучающегося при обращении родителей (законных представителей);

-не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной

беседы с обучающимся и его родителями (законными представителями).

|  |
| --- |
| Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:  Если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам.  Если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими лицами.  Если материалы индивидуальной работы будут затребованы правоохранительными органами.  **О таких ситуациях Вы будете информированы.** |

Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

расшифровка

В соответствии с Федеральным законом от 27. 07. 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами, действующими на территории Российской Федерации, даю согласие педагогу-психологу образовательного учреждения на обработку персональных данных: Ф.И.О., дата рождения ребенка; сведения о месте обучения (воспитания) ребенка; абонентский номер; иные персональные данные, сообщаемые субъектом персональных данных. Я даю согласие на использование своих персональных данных и моего ребенка в целях оказания психолого-педагогических услуг. Согласие на обработку персональных данных действует в период обучения в образовательном учреждении.

Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

расшифровка

Ф.И.О., подпись педагога-психолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору МАОУ СОШ № 17

г. Улан-Удэ

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

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление родителей (законных представителей)**

**на отказ от психолого-педагогической помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., родителя/законного представителя)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

отказываюсь от психолого-педагогического сопровождения моего ребенка

(подопечного) в образовательной организации

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

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

(Ф.И.О., дата рождения ребенка/подопечного)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

расшифровка

Директору МАОУ СОШ № 17

г. Улан-Удэ

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

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление родителей (законных представителей)**

**на отказ от психолого-педагогической помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., родителя/законного представителя)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

отказываюсь от психолого-педагогического сопровождения моего ребенка

(подопечного) в образовательной организации

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

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

(Ф.И.О., дата рождения ребенка/подопечного)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

расшифровка