

Szülői beleegyező nyilatkozat

Alulírott _____ és _____
(szülők/gondviselők neve) kijelentem, hogy a Dunavarsányi Árpád Fejedelem Általános Iskolában
tevékenykedő iskolapszichológus, és a gyermekem, _____ (gyermek
neve) közötti egyéni segítő beszélgetéshez, valamint tanácsadási tevékenységhez **hozzájárulok**.

Elfogadom, hogy az iskolapszichológus munkája során nem terápiás eljárásokat, hanem prevenciósz cézzattal
tanácsadási és konzultációs eljárásokat használ. A segítő beszélgetések száma általános esetben 10 alkalom,
de a minőségi kritériumok alapján maximum 20 alkalom lehet.

Elfogadom, hogy kiskorúak esetében minden tanácsadási eljárás előtt **szülőkonzultációt** tart az
iskolapszichológus mindkét szülő/gondviselő jelenlétében.

Az iskolapszichológus és a szülők is bármikor kezdeményezhetnek szülővezetést. Elfogadom, hogy ezen az
alkalmakon **megjelenési kötelezettségem** van. Az iskolapszichológus megoszthatja a szülővel a gyermek által
rábízott titkot, amennyiben a gyermeknek ebből nem származik kára.

Elfogadom, hogy az ellátás során az iskolapszichológus tudomására jutott pszichológiai és személyes adatok
vonatkozásában a szakembert **titoktartási kötelezettség** terheli, amely a tanácsadási folyamat lezárása után
is fennáll.

Elfogadom, hogy a titoktartási kötelezettséget a következő szituációkban felváltja a **jelentési kötelezettség**:
ha a gyermek önmagára jelent veszélyt; ha a gyermek veszélyt jelentene környezetére; ha a bántalmazás
bármilyen formájának veszélye áll fenn.

Elfogadom, hogy az iskolapszichológusi tanácsadás kezdő időpontjának meghatározása nem jelentkezési
sorrendben történik, hanem a fennálló problémák mentén.

szülő/gondviselő aláírása

szülő/gondviselő aláírása

Szülői igénylőlap

Gyermek neve:

Telefonszám:

Születési hely, idő:

Email cím:

A probléma röviden összefoglalva:

A szülő kérése:

Az elmúlt év(ek)ben járt már iskolapszichológusnál? IGEN / NEM

Dunavarsány, _____