

Tisztelt Szülő!

Tájékoztatjuk, hogy iskolánkban a tehetségdiagnosztika és -gondozás területén iskolapszichológus segíti a diákok és pedagógusok munkáját. Ennek keretében lehetőség nyílik a témához kapcsolódó tesztek megíratására, feldolgozására, és olyan csoportos tevékenységek szervezésére, amelyek a gyermekek tehetségének fejlesztését célozzák.

Hosszabb távon tervezzük a szülők és/vagy a diákok által kezdeményezett egyéni segítő beszélgetések lehetőségének a megteremtését is.

A fenti tevékenységekhez kérjük az Önök beleegyezését.

SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

hozzájárok, hogy gyermekem, osztályos tanuló részt vegyen az iskolapszichológus foglalkozásain. Hozzájárulok, hogy gyermekem személyes adatait, a hatályos adatvédelmi törvénynek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően nyilvántartsa és kezelje.

Budapest, 20.....évhónap nap

.....
Szülő aláírása