

Iskolapszichológiai alapszolgáltatást elfogadó szülői nyilatkozat

Tisztelt Szülő(k)!

Tájékoztatom, hogy iskolánkban iskolapszichológus is segíti a pedagógusok és a gyermekek munkáját. Tevékenysége kiterjed a NAT-ban is előírt kompetenciák és ismeretek fejlesztésére, illeszkedik az iskola pedagógiai programjához és annak megvalósításához. Munkáját a Köznevelési Törvény és a pszichológusok számára kialakított etikai kódex alapján osztály (csoportos), vagy egyéni keretben végzi. Ezen túlmenően, adott időkeretben rendelkezésre áll a szülők és/vagy a diákok által kezdeményezett egyéni segítő beszélgetésre, valamint tanácsadási tevékenységre. **Az iskolapszichológus terápiát semmilyen formában sem folytat!**

Az iskolapszichológus az általa szervezett közvetlen pszichológiai foglalkozáson egyéni vagy csoportos szűrést, vizsgálatot, konzultációt, krízistanácsadást, mentálhigiénés megelőző tevékenységet folytat. Az iskolapszichológus ezen tevékenysége nem helyettesíti a terápiás, pszichiátriai kezelést.

Kérem hozzájárulását, hogy gyermeke az iskolapszichológus által szervezett közvetlen pszichológiai foglalkozáson részt vegyen.

Elérhetőség:

Lorántffy Zsuzsanna Általános Iskola: minden kedden 7:45 - 14:00, és csütörtökön 11:00 - 14:00 a Józsakert utcai, illetve szerdán 7:45 - 10:45 Alsójózsai utcai épületben .

Fogadóóra: minden kedden 13:00 – 14:00 között

A fogadóóra időpontjában bejelentkezés nélkül felkereshetnek, egyéb időpont esetén kérem emailen egyeztessünk!

Kasnyik Dorottya
klinikai szakpszichológus/iskolapszichológus
kasnyikdorottya@lorantffy.suli.hu

A fenti tájékoztatást megértettük/megértettem és tudomásul vesszük/veszem.

Hozzájárulunk/hozzájárulok, hogy nevű gyermekünk/gyermeke, a Gönczy Pál Általános Iskola - osztályának tanulója, az iskolapszichológus által szervezett közvetlen pszichológiai foglalkozáson részt vegyen.

Gyermek személyes adatai:

Születési helye, ideje:

Anyja neve:

Apa neve:

Gondviselő neve:

Lakcíme:

Telefonszáma (napközbeni elérhetőség):

Jelen hozzájárulás megadása tekintetében nyilatkozunk/nyilatkozom, hogy a gyermek felett a szülői felügyeleti jogot közösen gyakoroljuk/egyedül gyakorlom.

Debrecen,

Szülő, gondviselő aláírása

Szülő, gondviselő aláírása