**Согласие родителей (законных представителей) на психологическое**

**сопровождение учащегося в МБОУ лицей №20**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласен (согласна) (Ф.И.О. родителя (законного представителя)

на психологическое сопровождение моего ребенка в начальной школе.

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

(Ф.И. ребёнка, год рождения)

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя:

- групповую и индивидуальную диагностику;

- консультирование родителей, учащихся (по желанию);

- при необходимости – посещение ребёнком групповых и индивидуальных коррекционно-развивающих занятий и профилактических занятий.

Психолог обязуется:

- предоставлять информацию о результатах психологического обследования ребёнка при обращении

родителей (законных представителей);

- не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребёнком и его родителями (законными представителями).

***Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:***

1. **Если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам.**
2. **Если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими.**
3. **Если материалы индивидуальной работы будут затребованы правоохранительными органами.**

***О таких ситуациях Вы будете информированы.***

Родители (законные представители) имеют право:

- обратиться к психологу образовательного учреждения по интересующему вопросу;

- отказаться от психологического сопровождения ребёнка (или отдельных его компонентов, указанных выше), предоставив психологу образовательного учреждения заявление об отказе на имя руководителя образовательного учреждения. В случае отказа от психологической диагностики ребенок участвует в  ней, но результаты диагностики психолог не обрабатывает.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору МБОУ лицей №20

С.А. Бейтугановой

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**заявление**

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

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

от индивидуального психологическое сопровождение моего ребенка.

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

(Ф.И. ребёнка, год рождения)

Индивидуальное психологическое сопровождение ребенка включает в себя:

- индивидуальную психологическую диагностику;

- консультирование родителей, учащихся (по желанию);

- при необходимости – посещение ребёнком индивидуальных коррекционно-развивающих занятий и профилактических занятий.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_