

Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение  
«Гурзуфская средняя школа имени А.С. Пушкина»  
муниципального образования городской округ Ялта Республики Крым  
(МБОУ «Гурзуфская СШ»)

**Согласие родителя (законного представителя) на психолого-педагогическое сопровождение учащегося в МБОУ «Гурзуфская СШ»**

Я, \_\_\_\_\_, согласен(на) на психолого-педагогическое сопровождение моего ребенка \_\_\_\_\_ обучающегося(йся) \_\_\_\_\_ класса  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) учащегося)  
(фамилия, имя, отчество, дата рождения учащегося)  
специалистами МБОУ «Гурзуфская СШ».

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя:

- психолого–педагогическую диагностику,
- участие ребенка в развивающих занятиях,
- консультирование родителей (по желанию),
- просветительские и профилактические занятия.

**Психолог обязуется:**

- предоставлять информацию о результатах психолого-педагогического обследования ребенка, при обращении родителей (законных представителей),
- не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком 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 по официальному запросу.

**О таких ситуациях Вы будете информированы.**

Родители (законные представители) имеют право обратиться к специалистам по интересующему вопросу.

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_