

Szülői nyilatkozat:

Hozzájárulunk/hozzájárulok, hogy nevű
gyermekünk/gyermekem, a(z)iskola
tanulója részt vegyen az iskolapszichológus vizsgálatain, foglalkozásain, tesztfelvételeken.
Pszichológiai tanácsadáson történő megjelenést engedélyezem, azzal egyetértek.

Vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt és együttműködést gyermekem
fejlődésének segítése érdekében.

Hozzájárulok, hogy az iskolapszichológus gyermekem személyes adatait, a hatályos
adatvédelmi törvényeknek (GDPR), és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően
nyilvántartsa és kezelje.

Gyermek személyes adatai:

Születési helye, ideje:

Anyaneve:

Apaneve:

Gondviselő neve:

Lakcíme:

Telefonszáma (napközbeni elérhetőség):

Email-cím:

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

Dátum:

Hely:

Szülő, gondviselő aláírása

Szülő, gondviselő aláírása