**Согласие родителей (законных представителей)**

**на обследование и психолого-педагогическое сопровождение ребенка**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_согласен (а) на

(ФИО родителя (законного представителя)

обследование и психолого-педагогическое сопровождение моего ребёнка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО ребёнка, дата рождения)

которое включает в себя:

* проведение психологической диагностики;
* сопровождение адаптационного процесса;
* участие ребёнка в психопрофилактических мероприятиях и развивающих занятиях;
* посещение ребёнком коррекционно-развивающих занятий (по необходимости);
* консультирование родителей (законных представителей) по вопросам развития и воспитания ребёнка (по желанию).

**Педагог-психолог обязуется:**

* предоставлять информацию родителям (законным представителям) о результатах психологической диагностики в случае их обращения к педагогу-психологу;
* 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 ребёнок сообщит о намерении нанести серьёзный вред себе или другим лицам; 2. Если ребёнок сообщит о жестоком обращении с ним или другими; 3. Если материалы работы с ребёнком будут затребованы правоохранительными органами.   ***О таких ситуациях Вы будете проинформированы.*** |

**Родители (законные представители) имеют право:**

* обратиться к педагогу-психологу по интересующему вопросу;
* отказаться от психолого-педагогического сопровождения ребёнка (или отдельных его компонентов, указанных выше), предоставив педагогу-психологу заявление об отказе на имя заведующего ДОУ.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года и

действует на время пребывания моего ребёнка в МБДОУ

«ЦРР - детский сад «Сказка» г. Обнинска.

/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

**Согласие родителей (законных представителей)**

**на обследование и психолого-педагогическое сопровождение ребенка**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_согласен (а) на

(ФИО родителя (законного представителя)

обследование и психолого-педагогическое сопровождение моего ребёнка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО ребёнка, дата рождения)

которое включает в себя:

* проведение психологической диагностики;
* сопровождение адаптационного процесса;
* участие ребёнка в психопрофилактических мероприятиях и развивающих занятиях;
* посещение ребёнком коррекционно-развивающих занятий (по необходимости);
* консультирование родителей (законных представителей) по вопросам развития и воспитания ребёнка (по желанию).

**Педагог-психолог обязуется:**

* предоставлять информацию родителям (законным представителям) о результатах психологической диагностики в случае их обращения к педагогу-психологу;
* 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 ребёнок сообщит о намерении нанести серьёзный вред себе или другим лицам;  2. Если ребёнок сообщит о жестоком обращении с ним или другими;  3. Если материалы работы с ребёнком будут затребованы правоохранительными органами.  ***О таких ситуациях Вы будете проинформированы.*** |

**Родители (законные представители) имеют право:**

* обратиться к педагогу-психологу по интересующему вопросу;
* отказаться от психолого-педагогического сопровождения ребёнка (или отдельных его компонентов, указанных выше), предоставив педагогу-психологу заявление об отказе на имя заведующего ДОУ.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года и действует на время пребывания моего ребёнка в МБДОУ

«ЦРР - детский сад «Сказка» г. Обнинска.

/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)