**Согласие родителей (законных представителей)**

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО родителя (законного представителя)

согласен (а) на 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 №117.

(ФИО ребёнка)

Подпись родителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие родителей (законных представителей)**

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО родителя (законного представителя)

согласен (а) на 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 №117.

(ФИО ребёнка)

Подпись родителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_