**Согласие родителей (опекунов) на психологическое сопровождение учащегося в образовательном учреждении**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**согласен(а)** или **не согласна** (подчеркнуть) на психолого- педагогическое сопровождение моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Психологическое сопровождение ребенка включает в себя:**

- индивидуально-психологическую диагностику;

- индивидуальные беседы с ребеном;

- индивидуально-коррекционную работу педагога психолога с ребенком.

**Психолог обязуется:**

- предоставлять информацию о результатах психологического обследования ребенка при обращении родителей (опекунов);

- не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями (опекунами).

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

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

О таких ситуациях Вы будете информированы.

**Родители (опекуны) имеют право обратиться к педагогу психологу по интересующему вопросу.**

« \_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)