**СОГЛАСИЕ**

**родителей (законных представителей)  
на психологическое сопровождение ребенка**

В соответствии с Законом «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29.12.2012г. и Федеральных государственных образовательных стандартов, педагогическая работа в МБОУ«Октябрьская школа-гимназия» по формированию физических, интеллектуальных и личностных качеств детей осуществляется с обязательным психологическим сопровождением.

Психологическое сопровождение в МБОУ «Октябрьская школа-гимназия» осуществляет педагог-психолог Сильнягина Ирина Владимировна.

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя:

* Психодиагностику;
* Коррекционно – развивающую и восстановительную работу;
* Консультирование;
* Психопрофилактику;
* Просвещение.

Педагог - психолог обязуется:

- предоставлять информацию о результатах психологического 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:***

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 (законные представители) имеют право:

обратиться к педагогу-психологу школы (детского сада) по интересующему вопросу;

отказаться от  психологического  сопровождения ребенка  (или  отдельных  его  компонентов указанных выше), предоставив педагогу-психологу школы заявление об отказе на имя директора школы.

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

являясь родителем (законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Фамилия Имя ребенка, год рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Согласен (согласна)**  или **не согласен** (**не согласна**))

на психологическое сопровождение моего ребенка.

Настоящее Согласие (отказ) дано мною «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г и действует на время пребывания моего ребенка в

МБОУ «Октябрьская школа-гимназия».

Подпись родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_