Письменное согласие родителей (опекунов)

на проведение психологической диагностики (обследования)

Я (ФИО родителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласен (согласна) на проведение психологической диагностики «Изучение удовлетворённости обучающихся условиями общеобразовательной организации»

моему ребёнку (ФИО, год рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Обучающемуся в\_\_\_\_\_\_\_\_классе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специалистом (педагогом-психологом) МБОУ ППМС Центр «Росток» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обязанности специалистов:

- предоставлять информацию о результатах обследования ребёнка при обращении родителей

- не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной диагностики с ребёнком и его родителями (опекуном) третьим лицам.

Родители (опекуны) имеют право:

- обращаться к специалисту по интересующим вопросам

- отказаться от психологической диагностики, предоставив заявление об отказе на имя директора образовательной организации.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

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

Письменное согласие родителей (опекунов)

на проведение психологической диагностики (обследования)

Я (ФИО родителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласен (согласна) на проведение психологической диагностики, анкетирования: «Изучение удовлетворённости обучающихся условиями общеобразовательной организации»

моему ребёнку (ФИО, год рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Обучающемуся в\_\_\_\_\_\_\_\_классе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специалистом (педагогом-психологом) МБОУ ППМС Центр «Росток» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обязанности специалистов:

- предоставлять информацию о результатах обследования ребёнка при обращении родителей

- не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной диагностики с ребёнком и его родителями (опекуном) третьим лицам.

Родители (опекуны) имеют право:

- обращаться к специалисту по интересующим вопросам

- отказаться от психологической диагностики, предоставив заявление об отказе на имя директора образовательной организации.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/