**Согласие родителей (законных представителей)**

**на психологическое сопровождение ребенка**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

даю согласие на его(ее) психологическое сопровождение в КУ ВО «Хохольский СРЦдН», находящемся по адресу: Воронежская область, р.п.Хохольский, ул.Краснооктябрьская,26 «А»

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя: психологическую диагностику, наблюдение в период адаптации, участие в групповых развивающих занятиях, при необходимости индивидуальные занятия с ребенком, консультирование родителей.

Педагог – психолог

- предоставляет информацию о результатах психологического и/или логопедического обследования ребенка при обращении родителей (законных представителей);

- не разглашает информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями;

- разрабатывает рекомендации воспитателям группы для осуществления индивидуальной работы;

- предоставляет информацию о ребенке при оформлении на психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК).

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 лицами;

- если материалы работы будут затребованы правоохранительными органами.

О таких ситуациях родитель (законный представитель) будет информирован.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. и действует на время пребывания моего ребенка в КУ ВО «Хохольский СРЦдН»

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_