Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение

муниципального образования Динской район

«Средняя общеобразовательная школа № 29

имени Героя Советского Союза Броварца Владимира Тимофеевича»

Согласие
родителей (законных представителей) учащегося
на психологическое сопровождение ребенка

 в рамках учебно-воспитательного процесса

Я, ,

 (фамилия, имя, отчество законного представителя ребенка полностью)

являясь законным представителем

 (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

даю добровольное согласие на оказание психологической помощи моему ребенку (ст. 42 ФЗ «Об образовании в РФ» от 29.12.2012 № 273-ФЗ), которая осуществляется педагогом-психологом МАОУ «СОШ № 29» в целях диагностики, коррекции и развития познавательных способностей ребенка, формирования учебных навыков в форме психолого-педагогического консультирования; коррекционно-развивающих занятий, оказания помощи в профориентации и социальной адаптации. Порядок проведения как в индивидуальной, так и в групповой форме. Мне ясны цели, формы, методы и предполагаемые результаты оказания психологической помощи. Я не имею возражений по порядку ее проведения.

Мне известно о том, что я всегда могу обратиться в МАОУ «СОШ № 29», чтобы:

а) узнать результаты диагностического исследования ребенка;

б) наметить совместные меры по преодолению проблем ребенка;

в) получить соответствующие рекомендации;

г) выяснить результаты коррекционно-развивающей работы и прогноз дальнейшего развития ребенка.

Мне известно, что я могу отказаться от оказания психологической помощи ребенку (или отдельных его компонентов), предоставив в образовательную организацию письменное заявление.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах своего ребенка.

Настоящее согласие действует с момента его подписания до завершения оказания психологической помощи.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата |  | подпись |  | Ф. И. О. родителя |  |

 (подпись)

**Отказ родителей (законных представителей)**

**от получения ребенком психологической помощи**

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

 (фамилия, имя, отчество законного представителя ребенка полностью)

являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

отказываюсь от оказания психологической помощи моему ребенку в образовательной организации МАОУ «СОШ № 29», осуществляемой в целях диагностики, коррекции и развития познавательных способностей ребенка, формирования учебных навыков, по причине: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается причина отказа от получения помощи)

В доступной форме мне разъяснены цели, формы, методы и предполагаемые результаты оказания психологической помощи. Мне предоставлена информация о возможных рисках, вызванных неполучением ребенком своевременной психологической помощи. А также дана информация об учреждениях, которые предоставляют квалифицированную психологическую и медицинскую помощь.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата |  | подпись |  | Ф. И. О. родителя |  |

Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение

муниципального образования Динской район

«Средняя общеобразовательная школа № 29

имени Героя Советского Союза Броварца Владимира Тимофеевича»

Согласие
родителей (законных представителей) учащегося
на психологическое сопровождение ребенка

 в рамках учебно-воспитательного процесса

Я, ,

 (фамилия, имя, отчество законного представителя ребенка полностью)

являясь законным представителем

 (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

даю добровольное согласие на оказание психологической помощи моему ребенку (ст. 42 ФЗ «Об образовании в РФ» от 29.12.2012 № 273-ФЗ), которая осуществляется педагогом-психологом МАОУ «СОШ № 29» в целях диагностики, коррекции и развития познавательных способностей ребенка, формирования учебных навыков в форме психолого-педагогического консультирования; коррекционно-развивающих занятий, оказания помощи в профориентации и социальной адаптации. Порядок проведения как в индивидуальной, так и в групповой форме. Мне ясны цели, формы, методы и предполагаемые результаты оказания психологической помощи. Я не имею возражений по порядку ее проведения.

Мне известно о том, что я всегда могу обратиться в МАОУ «СОШ № 29», чтобы:

а) узнать результаты диагностического исследования ребенка;

б) наметить совместные меры по преодолению проблем ребенка;

в) получить соответствующие рекомендации;

г) выяснить результаты коррекционно-развивающей работы и прогноз дальнейшего развития ребенка.

Мне известно, что я могу отказаться от оказания психологической помощи ребенку (или отдельных его компонентов), предоставив в образовательную организацию письменное заявление.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах своего ребенка.

Настоящее согласие действует с момента его подписания до завершения оказания психологической помощи.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата |  | подпись |  | Ф. И. О. родителя |  |

 (подпись)

**Отказ родителей (законных представителей)**

**от на психологическое сопровождение ребенка**

 **в рамках учебно-воспитательного процесса**

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

 (фамилия, имя, отчество законного представителя ребенка полностью)

являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

отказываюсь от оказания психологической помощи моему ребенку в образовательной организации МАОУ «СОШ № 29», осуществляемой в целях диагностики, коррекции и развития познавательных способностей ребенка, формирования учебных навыков, по причине: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается причина отказа от получения помощи)

В доступной форме мне разъяснены цели, формы, методы и предполагаемые результаты оказания психологической помощи. Мне предоставлена информация о возможных рисках, вызванных неполучением ребенком своевременной психологической помощи. А также дана информация об учреждениях, которые предоставляют квалифицированную психологическую и медицинскую помощь.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата |  | подпись |  | Ф. И. О. родителя |  |