

Iskolapszichológiai szolgáltatást elfogadó szülői nyilatkozat

Hozzájárulok ahhoz, hogy nevű gyermekünk/gyermekem, a Kosztolányi Dezső Gimnázium osztályának tanulója az iskolapszichológus által szervezett egyéni pszichológiai foglalkozáson részt vegyen.

Gyermek személyes adatai:

Születési helye, ideje:

Anya neve:

Apa neve:

Gondviselő neve:

Lakcíme:

Telefonszám:

E-mail:

(A fenti adatokat az iskolapszichológus az iskola adatvédelmi szabályainak, és a szakmai előírásoknak megfelelően kezeli.)

Budapest, 2022

Jelen hozzájárulás megadása tekintetében nyilatkozom/nyilatkozunk, hogy a gyermek felett a szülői felügyeleti jogot **egyedül gyakorlom/közösen gyakoroljuk**, és a másik szülői felügyeleti jogot gyakorló szülővel való megegyezésünk alapján, aláírásommal a másik szülő hozzájárulását is képviselem.*

Szülők/gondviselők aláírása:

.....

.....

*a megfelelő aláhúzendó