Директору МАОУ «СОШ № 109» г. Перми

Шабуниной М.А.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО родителя)

проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                       Телефон дом. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

моб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_прошу предоставить моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя ребенка, класс)

психолого-педагогическое сопровождение.

**Психологическое сопровождение ребенка включает в себя:**

- психологическую диагностику;

- участие ребенка в развивающих занятиях;

- консультирование родителей (по запросу);

- при необходимости – посещение ребенком коррекционно-развивающих занятий (индивидуальных и/или групповых).

**Психолог обязуется:**

- представлять информацию о результатах психологического обследования ребенка при обращении родителей (лиц их заменяющих);

- не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями (лицами их заменяющими).

|  |
| --- |
| ***Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:***   1. **Если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам.** 2. **Если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими.** 3. **Если материалы индивидуальной работы будут затребованы правоохрани-тельными органами.**   ***О таких ситуациях Вы будете информированы.*** |

**Родители (лица их заменяющие) имеют право:**

- обратиться к психологу школы по интересующему вопросу;

- отказаться от психолого-педагогического сопровождения ребенка (или отдельных его компонентов указанных выше), оформив заявление об отказе на имя директора школы. В случае отказа от психологической диагностики ребенок участвует в ней, но результаты диагностики психолог не обрабатывает.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Директору МАОУ «СОШ № 109» г. Перми

Шабуниной М.А.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО родителя)

проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                       Телефон дом. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

моб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_отказываюсь от психолого-педагогического сопровождения моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Фамилия, имя ребенка, класс)

**или его компонентов:**

- психологической диагностики;

- участия моего ребенка в развивающих занятиях;

- посещения ребенком коррекционно-развивающих занятий (индивидуальных и/или групповых).

(нужное подчеркнуть)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)