

SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (szülő/gondviselő neve nyomtatott betűvel).....
hozzájárulok, hogy gyermekem:, a Budavári Általános
Iskola osztályának tanulója, részt vegyen az iskolapszichológus egyéni és csoportos
foglalkozásain.

Vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt gyermekem problémájának megoldása
érdekében.

Hozzájárulok, hogy az iskolapszichológus gyermekem és a család személyes adatait, a
hatályos adatvédelmi törvénynek és a pszichológusi munka etikai szabályainak megfelelően
nyilvántartsa és kezelje.

Gyermek személyes adatai:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Anya neve:

Apa neve:

Gondviselő/ Gyám neve (és rokonsági kapcsolat, ha van):

Szülő / gondviselő telefonszáma (napközbeni elérhetőség):

E-mail cím:

Jelen hozzájárulás megadása tekintetében nyilatkozunk/nyilatkozom, hogy a gyermek felett a
szülői felügyeleti jogot közösen gyakoroljuk/egyedül gyakorlom.

Jelen hozzájárulás tekintetében nyilatkozom arról, hogy jogosult vagyok / nem vagyok
jogosult a másik szülő képviselőjére.

.....
Szülő (Anya), gondviselő aláírása

.....
Szülő (Apa), gondviselő aláírása

Budapest, 20..... évhónapnap