

## Отказ родителей (законных представителей) от психолого-педагогического сопровождения ребенка

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

отказываюсь от психолого-педагогического сопровождения моего ребенка

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения в МОУ Сокольнической ООШ  
(далее – Учреждение) находящемся по адресу: Тверская обл. Кувшиновский  
мо,п. Сокольники

*Психолого-педагогическое сопровождение ребенка включает в себя:*

- психологическую диагностику,
- наблюдение в период адаптации,
- участие в групповых развивающих и/или коррекционных занятиях,
- консультирование родителей (по запросу).

*Педагог – психолог:*

- предоставляет информацию о результатах психологического обследования ребенка при обращении родителей (законных представителей);
- не разглашает информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями;
- предоставляет информацию о ребенке при оформлении заключения и характеристики на психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК), согласие на проведение которой прописано в договоре с Учреждением.

*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.

Я подтверждаю, что, давая настоящий отказ, я действую по своей воле и в интересах ребенка, родителем (законным представителем) которого являюсь.

Данный отказ дан мной и действует на время пребывания моего ребенка в Учреждении или до отзыва данного отказа. Данный отказ может быть отозван в любой момент по моему письменному заявлению о согласии на психолого-педагогическое сопровождение ребенка в Учреждении.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)