Форма №3

**СОГЛАСИЕ**

**родителя (законного представителя) на работу педагогов-психологов с ребенком, поступающим и/или обучающимся в ГБОУ РО «ШККК»**

В соответствии с целями и задачами образовательного учреждения пе­дагог-психолог ГБОУ РО «ШККК» осу­ществляет:

1. Работу, направленную на обеспечение психического здоровья и развития ребенка посредством психологического просвещения, психопро­филактики, психодиагностики, психокоррекции, консультирования и реаби­литации.
2. Комплексное изучение личности ребенка, особенностей развития познавательной деятельности, эмоционально-личностной зрелости, типологических особенностей, психических состояний и психодиагностику межличностных отношений.
3. Профориентационную работу, способствующую самостоятельному и осознанному выбору обучающимися профессии с учетом их профессиональной ориентации, способностей и возможностей.
4. Проведение психологической профилактики алкоголизма и наркомании.
5. Проведение психологической экспертизы и психолого - педагогической коррекции отклоняющегося и асоциального поведения.
6. Обеспечение прав:

- по защите личного достоинства и чести ребенка;

- по защите от всех негативных форм физического и психологического воздействия;

- на получение квалифицированной помощи по развитию творческих способностей ребенка.

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

 Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка

Ф.И.О. ребенка, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| Даю /Не даю (подчеркнуть) согласие на проведение педагогом- психологом корпуса следующих видов работы: просвещение, профилакти­ку, консультирование, диагностику, коррекцию  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись законного представителя  |
| Даю /Не даю (подчеркнуть) согласие на аудио-фото-видео сопровождение ребенка | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись законного представителя |
| Даю /Не даю (подчеркнуть) согласие на психологическое сопровождение и оказание психолого-педагогических услуг  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись законного представителя  |
| Даю /Не даю (подчеркнуть) согласие на сбор персональных данных моего ребенка (имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное и социальное положение, образование, профессия, другая информация) и их обработку (систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т. ч. передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись законного представителя  |

Настоящее Соглашение составлено в соответствии с законодательством Российской Федерации (Конституция Российской Федерации, Федеральный закон от 29.12.2012 № 27Э-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», Положением о Психологической службе образования, Этическим кодексом психолога) и предполагает персональную ответственность педагога-психолога за соблюдение оговоренных с его сто­роны прав и обязанностей.

[Подпись](http://blanker.ru/doc/soglasie-na-obrabotku-personalnykh-dannykh-nesovershennoletnego) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Фамилия, имя, отчество

Дата « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г