ДОГОВОР С РОДИТЕЛЯМИ О РАЗРЕШЕНИИ НА РАБОТУ

ПЕДАГОГА - ПСИХОЛОГА С РЕБЕНКОМ

В соответствии с целями и задачами образовательного учреждения, психологическая служба МБДОУ № 101 города Владимира осуществляет психодиагностику (коррекцию и пр.) развития детей по следующим направлениям:

* Психологическая готовность к обучению в школе.
* Особенности развития самосознания детей.
* Адаптация ребенка к условиям школьного обучения.
* Коррекционно-развивающая работа.
* Психодиагностика.

Данные обследования Вашего ребенка могут быть использованы для написания обобщенного заключения об особенностях развития детей определенного возраста или входящих в единый коллектив, однако, имя и фамилия ребенка упоминаться не будут. Будут использоваться только групповые (обобщенные) данные. Результаты каждого ребенка будут закодированы для возможного последующего обследования или повторного анализа данных. Вся информация личного характера будет храниться в тайне. Без Вашего письменного разрешения информация о ребенке не предоставляется третьим лицам (педагогам, администрации учреждения), кроме случаев, оговоренных Законодательством РФ. По окончании обследования Вам будут сообщены его результаты. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы, включая спорные, Вы можете обратиться за разъяснениями к психологу или руководителю учреждения.

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного представителя ребенка) даю согласие на проведение обследования моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, посещающего группу (класс) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящий договор составлен в соответствии с законодательством РФ (Конституция РФ, Закон об образовании, Федеральный закон РФ о правах ребенка и др.), Положением о Психологической службе образования, Этическим кодексом психолога и предполагает персональную ответственность психолога за соблюдение оговоренных с его стороны прав и обязанностей.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись родителя:

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись психолога: