

DR. MEZŐ FERENC ÁLTALÁNOS ISKOLA

1144 Budapest, Ond vezér park 5.

☎/fax: 383-8206, 220-0340

OM azonosító: 035054

SZÜLŐI HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Hozzájárulok, hogy

..... nevű, osztályos gyermekem az iskolapszichológus vizsgálatán, egyéni és/vagy csoportos foglalkozásain részt vegyen.

Vállalom az iskolapszichológussal való konzultációt, együttműködést gyermekem problémájának megoldása érdekében.

Aláírással elismerem, hogy közös szülői felügyelet esetén, fenti tájékoztatást a gyermek felügyeleti jogát gyakorló másik szülő is megismerte, és annak tartalmával, valamint a gyermek iskolapszichológusi ellátásával egyetért.

Az iskola gyermekem személyes adatait a hatályos adatvédelmi törvénynek (GDPR) megfelelően kezeli.

Budapest,

Szülő, gondviselő aláírása

Szülő, gondviselő aláírása

Szülő elérhetősége, email címe: