**СОГЛАСИЕ**

**родителей (законных представителей) на психологическое сопровождение ребенка**

 Настоящее соглашение составлено 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.

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя:

* Психологическая готовность к обучению в школе,
* Особенности развития самосознания детей,
* Развитие психических процессов
* Адаптация воспитанников к условиям ДОУ.
* Психологическая диагностика развития ребенка
* Участие ребенка в подгрупповых развивающих занятиях (при необходимости)
* Индивидуальные занятия с ребенком (при необходимости)
* Консультирование родителей
* Психологическое просвещение (буклеты, памятки, стендовая информация)

 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.

 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.

 По окончании обследования ,педагог-психолог :

* предоставляет информацию о результатах психологического обследования ребенка при личном обращении родителей (законных представителей);
* не разглашает личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями (законными представителями);
* разрабатывает рекомендации воспитателям группы для реализации индивидуальной работы

 Родители (законные представители) ребенка имеют право:

* обратиться к психологу ДОУ по интересующим вопросам;
* отказаться от психологического сопровождения ребенка (или отдельных его компонентов, указанных выше);
* аннулировать подписанное ранее Согласие / Отказ / Отказ от отдельных компонентов психологического сопровождения, обратившись лично к психологу или заведующей ДОУ и оформив новый документ на психологическое сопровождение

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

 ФИО родителя (законного представителя) ребёнка

являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Фамилия Имя ребенка, год рождения

СОГЛАСНА(ЕН) /НЕ СОГЛАСНА(ЕН) (нужное подчеркнуть) на психологическое сопровождение моего ребенка

Настоящее Согласие (отказ), дано мною «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г и действует на время пребывания моего ребенка в МДОУ детском саду общеразвивающего вида №7 г. Петровск Забайкальского.

Подпись родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_