

Einverständniserklärung

Zur schulpsychologischen Beratung

Ich bin mit der Durchführung einer schulpsychologischen Beratung meiner Tochter/meines Sohnes einverstanden.

Diese umfasst eine Beratung des Schülers/der Schülerin, der Erziehungsberechtigten und der Pädagogen. Die Arbeit der Psychologin läuft laut des Bildungsgesetzes und der psychologischen Ethik in Einzel- oder Gruppenberatung. Die Eltern können auch für eine Konsultation und Beratung einen Termin vereinbaren.

Sollten Sie weitere Fragen dazu haben, kontaktieren Sie bitte die Schulpsychologin unter Adrienn.Meszaros@audischule.hu.

Name des Schülers/der Schülerin

Datum/Ort

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Iskolapszichológiai alapszolgáltatást elfogadó szülői nyilatkozat

Hozzájárulok ahhoz, hogy gyermekemet az iskolapszichológus tanácsadásban részesítse és fejlessze.

Az iskolapszichológusi tevékenység kiterjed a NAT-ban is előírt kompetenciák és ismeretek fejlesztésére, illeszkedik az iskola pedagógiai programjához és egyértelműen szükséges annak megvalósításához. Munkáját az Oktatási Törvény és a pszichológusok számára kialakított etikai kódex alapján egyéni vagy csoportos keretben végzi. Ezen túlmenően, adott időkeretben rendelkezésre áll a szülők által kezdeményezett egyéni segítő beszélgetésre valamint tanácsadási tevékenységre.

Amennyiben további kérdés merülne fel Önen, kérjük keresse iskolapszichológusunkat az alábbi e-mail címen: Adrienn.Meszaros@audischule.hu.

Diák neve

Hely/Dátum

Szülő/Gondviselő aláírása