*ФОНД "РОСКОНГРЕСС"*

**Информированное согласие несовершеннолетнего лица на организацию психолого-педагогического сопровождения**

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

*(фамилия, имя, отчество ребенка полностью)*

даю добровольное согласие на организацию психолого-педагогического сопровождения (ст. 42 ФЗ «Об образовании в РФ» № 273-ФЗ от 29.12.2012 г.), которое проводится педагогом-психологом социального проекта «Школьный Друг», организованного Фондом Росконгресс.

Психолого-педагогическое сопровождение включает в себя: наблюдение в период адаптации, групповую (скрининговую) психологическую диагностику (в целях выявления проблем в обучении и развитии ребенка), участие в групповых развивающих занятиях, консультирование родителей (беседы, выступления, памятки).

В рамках организации психолого-педагогического сопровождения педагог-психолог:

- предоставляет информацию о результатах психологической диагностики ребенка при обращении родителей (законных представителей);

- не разглашает информацию, полученную в процессе психолого-педагогического сопровождения ребенка и его родителей;

- разрабатывает соответствующие рекомендации родителям для осуществления дальнейшей работы с ребенком.

Мне известно о том, что:

а) организация психолого-педагогического сопровождения носит добровольный и конфиденциальный характер;

б) результаты скрининговых психологических диагностик не могут считаться окончательными, а лишь позволяют быстро получить общую оценку тех или иных психологических особенностей детей;

в) психологическое обследование как более углубленное изучение личности и особенностей развития ребенка осуществляется только с непосредственного дополнительного согласия родителя (законного представителя);

г) оказание ребенку психологической помощи, проведение с ним индивидуальных коррекционно-развивающих занятий осуществляется только с непосредственного дополнительного согласия родителя (законного представителя).

Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся организации психолого-педагогического сопровождения. Я полностью удовлетворен(а)  полученными сведениями.

Если я буду нуждаться в дополнительной информации, я смогу обратиться по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дополнительно даю свое согласие на предоставление результатов моей диагностики моим законным представителям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (ФИО законного представителя полностью)

Настоящее согласие действует с момента его подписания на весь период моего обучения может быть отозвано в любое время на основании письменного заявления родителя несовершеннолетнего лица или моего законного представителя.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 дата подпись Ф.И.О. воспитанника проекта

**ПРИМЕЧАНИЕ: *Данное согласие заполняется несовершеннолетним в возрасте от 14 лет***