**СОГЛАСИЕ** родителей (законных представителей) на психолого-педагогическое сопровождение

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ф.И.О. родителя (законного представителя)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Паспортные данные родителей (законных представителей)*

*Являясь родителем (законным представителем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ФИО несовершеннолетнего и дата рождения*

На основании ст. 42 Федерального закона от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», даю добровольное согласие педагогам-психологам, педагогическим работникам Краевого государственного бюджетного нетипового образовательного учреждения «Краевой детский центр « Созвездие» на оказание психолого-педагогического сопровождения:

* участие в развивающих образовательных мероприятиях по направлению психология;
* психолого-педагогическое консультирование (индивидуальное и групповое);
* анкетирование и психологическую диагностику;
* помощь в профориентации, и социальной адаптации;
* распределение в группу для занятий с психологом;
* наблюдение за психологическим состоянием в течение всей смены;
* информирование сотрудников (руководителя учреждения, вожатых, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о психологическом состоянии ребёнка в целях коррекции режима и нагрузок, в случае необходимости и выстраивания индивидуальной программы;
* оказание экстренной психологической помощи, в случае необходимости.

Извещён (извещена) о том, что имею право:

обратиться к педагогу-психологу по интересующим меня вопросам;

отказаться от психологического сопровождения ребенка (или отдельных его компонентов, указанных выше)

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. и действует на время пребывания моего ребенка в Краевом государственном бюджетном нетиповом образовательном учреждении «Краевой детский центр «Созвездие».

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