

## 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 unter Beibehaltung der Anonymität. Die Eltern können auch für eine Konsultation und Beratung einen Termin vereinbaren.

Sollten Sie weitere Fragen dazu haben, kontaktieren Sie bitte die Schulpsychologin unter [kinga.szebedinszki@ubz-mbs.eu](mailto:kinga.szebedinszki@ubz-mbs.eu), oder per Telefon +36302294497.

\_\_\_\_\_  
Name des Schülers/der Schülerin

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten (beide)

## 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 az anonimitást betartva. Ezen túlmenően, adott időkeretben rendelkezésre áll a szülők által kezdeményezett egyéni segítő beszélgetésre valamint tanácsadási tevékenységre.

Amennyiben további kérdés merülne fel Önben, kérjük keresse iskolapszichológusunkat az alábbi e-mail címen: [kinga.szebedinszki@ubz-mbs.eu](mailto:kinga.szebedinszki@ubz-mbs.eu), vagy telefonszámon: +36302294497.

\_\_\_\_\_  
Diák neve

\_\_\_\_\_  
Hely/Dátum

\_\_\_\_\_  
Szülők/Gondviselők aláírása