**Bejelentkezés – iskolapszichológia**

A gyermek neve:

Lakcíme:

Telefonszám:

Iskola: Évfolyam/Osztály:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tanár/nő neve:

Felmerülő kérdés:

………………………………………… ………………………………………………

 dátum igazgató/nő

Nyilatkozat

Egyetértek azzal, hogy gyermekem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (született \_\_\_\_\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ napján), pszichológiai vizsgálaton vegyen részt, továbbá azzal, hogy az iskolapszichológus a szülők, ill. gondviselők és az iskola (az osztálytanító, osztályfőnök, igazgató) számára tanácsadást nyújtson.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (a szülő vagy gondviselő aláírása)