**Согласие родителей (законных представителей) на логопедическое сопровождение обучающегося**

**в**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_согласен (согласна) на

ФИО родителя (законного представителя)

**Логопедическое сопровождение моего ребенка** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка, класс)

**логопедическое сопровождение ребенка включает в себя:**

- логопедическую диагностику;

- участие ребенка в логопедических занятиях;

- консультирование родителей (по желанию)

- при необходимости – посещение ребенком коррекционно - логопедических занятий;

**Логопед обязуется**:

- предоставлять информацию о результатах логопедического обследования ребенка при обращении родителей (законных представителей);

- не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями (законными представителями).

Родители (законные представители) имеют право:

- обратиться к логопеду школы по интересующему вопросу;

- отказаться от логопедического сопровождения ребенка (или отдельных его компонентов указанных выше), предоставив логопеду школы заявление об отказе на имя директора школы.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПОДОПЕЧНОГО**

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

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

как законный представитель даю свое согласие на обработку в МБОУ СОШ № 1 персональных данных своего подопечного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, к которым относятся

- данные свидетельства о рождении;

- адрес проживания подопечного;

- прочие сведения.

Я даю согласие на использование персональных данных своего подопечного в целях:

* обеспечения учебного процесса подопечного;
* ведение статистики.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных моего подопечного, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей.

МБОУ СОШ № 1 гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных подопечного в МБОУ СОШ № 1. Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего подопечного.

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

**Согласие родителей (законных представителей) на психологическое сопровождение обучающегося**

**в**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_согласен (согласна) на

ФИО родителя (законного представителя)

**психолого-педагогическое сопровождение моего ребенка** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка, класс)

**Психологическое сопровождение ребенка включает в себя:**

- психологическую диагностику;

- участие ребенка в развивающих занятиях;

- консультирование родителей (по желанию)

- при необходимости – посещение ребенком коррекционно-развивающих занятий;

**Психолог обязуется**:

- предоставлять информацию о результатах психологического обследования ребенка при обращении родителей (законных представителей);

- не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями (законными представителями).

**Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:**

1. Если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам

2. Если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими.

3. Если материалы индивидуальной работы будут затребованы правоохранительными органами.

**О таких ситуациях Вы будете информированы**

**Родители (законные представители) имеют право:**

- обратиться к психологу школы по интересующему вопросу;

- отказаться от психологического сопровождения ребенка (или отдельных его компонентов указанных выше), предоставив психологу школы заявление об отказе на имя директора школы.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_