

SZÜLŐI HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Hozzájárulunk/hozzájárulok, hogy nevű gyermekünk/gyermeke, a(z) Dr. Mező Ferenc Általános Iskola-osztályának tagja, az iskolapszichológus által szervezett közvetlen pszichológiai foglalkozáson részt vegyen.

Gyermek személyes adatai:

Születési helye, ideje:

Anya neve:

Apa neve:

Gondviselő neve:

Lakcíme:

Telefonszáma (napközbeni elérhetőség):

Email:

Az Nktv. felhatalmazása alapján az iskola jogosult a gyermekeknek a törvényben meghatározott **személyes adatai kezelésére**.

Ilyen adat többek között a gyermek sajátos nevelési igényére, beilleszkedési zavarára, tanulási nehézségére, magatartási rendellenességére vonatkozó adat, melyeket a pedagógiai szakszolgálat intézményei és az iskola jogosult egymás között továbbítani a gyermek megfelelő ellátása érdekében a jogszabályban és a szakmai (etikai) szabályzatokban *előírt szigorú titoktartási szabályok betartása mellett*.

A gyermek adatainak jogszabályi felhatalmazás alapján történő kezelése az iskola SZMSZ-e/adatkezelési szabályzata szerint történik.¹

Jelen hozzájárulás megadása tekintetében nyilatkozunk/nyilatkozom, hogy a fenti tájékoztatót elfogadom/elfogadjuk, és a gyermek felett a szülői felügyeleti jogot közösen gyakoroljuk/egyedül gyakorlom.

Budapest,

Szülő, gondviselő aláírása

Szülő, gondviselő aláírása

¹Nktv. 26 fejezet