

**JELENTKEZÉSI LAP PSZICHOLÓGIAI GONDOZÁSRA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **I. Személyi adatok** | Érkezett: | | |
|  |  |  | |  |
| Gyermek neve: | | Oktatási azonosítója: | | |
|  |  |  | |  |
| Születési hely, idő: | |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Anyja leánykori neve: | | Telefonszám: | | |
|  |  |  | |  |
| Apa neve: | | Telefonszám: | | |
|  |  |  | |  |
| Gondviselő neve: | | Telefonszám: | | |
|  |  |  | |  |
| Lakcím: | | E-mail cím: |  |  |
|  |  |  | |  |
| Értesítési név, cím: | |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Jelenlegi intézménye: | | Osztály- vagy csoportfoka: | | |
|  |  |  | |  |
|  | **II. Nevelési tanácsadásról** |  | |  |

|  |
| --- |
| Milyen probléma miatt kér nevelési tanácsadást? |
| Mióta áll fenn a probléma? |
| A fenti problémával fordultak-e már szakemberhez, vettek-e részt vizsgálaton? (kihez, mikor, eredmények) |
| Mit közölne még a gyermekkel/ családdal kapcsolatban? |

|  |
| --- |
| Preferált idősáv:  *Kérjük jelöljenek meg legalább 2 eltérő idősávot az alábbiak közül:*  *- 8-10 óra*  *- 10-13 óra*  *- 13-15 óra*  *- 15-17 óra*  *Például: kedd 13-15 óra és szerda 8-10 óra*  ***A terápiás ellátás 8-18 óra között zajlik****.* ***A foglalkozások időtartama 45 perc****.* |
| **Tájékoztató:**  Intézményünk a nevelési tanácsadás feladatellátás keretében végzi a pszichológiai gondozást. A pszichológiai gondozás iránti kérelem beérkezése után a kérelmek várólistára kerülnek. Terápiás kapacitás felszabadulása esetén pszichológus munkatársunk a szülőkkel telefonon egyezteti a szülőkkel történő első beszélgetés időpontját. Ezt követően heti/kétheti rendszerességgel, 5-6 alkalommal találkozunk a gyermekkel, amelyet közös szülőkonzultáció követ. A szülőkonzultáción megbeszéljük a további együttműködés lehetőségeit.  **Nyilatkozat:**  Vállalom, hogy a Szakszolgálatot lehetőség szerint előzetesen értesítem, amennyiben gyermekem nem tud megjelenni a megbeszélt időpontban a terápiás foglalkozáson.  Tudomásul veszem, hogy ha két alkalommal gyermekem előzetes értesítés nélkül nem vesz részt a megbeszélt időpontban a terápiás foglalkozáson, úgy az ellátás számára megszakad.  Alulírott szülő nyilatkozom, hogy gyermekem személyes adatainak kezeléséhez hozzájárulok.  A fentiekkel **egyetértek**, kérem gyermekem ellátását a Szakszolgálattól:  …………………….………………… ………………………………………  Törvényes képviselő(k) aláírása  Dátum: ………………………………  ………..……………………… ……………………………..  Szülők/gondviselők aláírása |