Директору краевого государственного

бюджетного учреждения «Хабаровский

центр психолого-педагогической,

медицинской и социальной помощи»

Олифер Ольге Олеговне

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

родителя (законного представителя)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер телефона

**Добровольное согласие законного представителя**

**на проведение обследований (психологических, психолого-педагогических) обучающегося**

В рамках пп. 6 п. 3 ст. 44 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

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

(Ф.И.О.)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт №\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.

являясь законным представителем ребенка: *мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель*

(нужное обвести)

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

(Ф.И.О. ребенка, год рождения)

на период обучения в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название образовательной организации)

в целях проведения индивидуальной, групповой, профилактической, диагностической, коррекционной, развивающей, учебно-воспитательной и культурно-просветительской работы

**даю согласие на проведение** *без моего участия* **обследований (психологических, психолого-педагогических)** моего ребенка, осуществляемых педагогом-психологом краевого государственного бюджетного учреждения «Хабаровский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (далее - Центр).

Результаты проведенных обследований обучающегося будут храниться в Центре и использоваться им в рамках действующего законодательства, включая (без ограничений) сбор, обработку, анализ, систематизацию, накопление, хранение, обобщение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование и использование в экспертно-консультационной и профилактической работе.

Информацию о всех видах планируемых обследований (психологических, психолого-педагогических) обучающегося, а также информацию о результатах проведенных обследований законный представитель может получить по дополнительному запросу у педагога-психолога Центра.

Данное Согласие действует с момента его дачи и может быть отозвано в любой момент по письменному заявлению. Также в любой момент могу отказаться от проведения обследований или от участия в них.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь.

Кроме того, я даю согласие на обработку своих персональных данных, указанных в настоящем Согласии.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20­­\_\_\_\_\_ г.                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/