*Tėvų sutikimas*

 *(rekomenduojama forma)*

Laikantis karantino dėl COVID – 19 plitimo, psichologo paslaugos bus teikiamos nuotoliniu būdu. Psichologas su Jūsų vaiku bendraus ............ (nurodyti kokiu nuotoliniu būdu bus bendraujama: telefonu, elektroniniu paštu, vaizdo programėlėmis ir pan.). Psichologo ir vaiko bendravimas vyks 30–60 min. Dėl bendravimo laiko ir reguliarumo bus susitarta iš anksto. Efektyviam vaiko bendravimui su psichologu reikalingos tinkamos sąlygos: tinkama techninė įranga, atskira patalpa, galimybė vaikui patalpoje būti vienam, netrukdomai bendrauti su psichologu.

 Psichologo konsultacijos metu laikomasi konfidencialumo principo; konsultacijos negali būti įrašomos ar kokiomis kitomis priemonėmis platinamos viešai.

*Jeigu turite klausimų ar norite gauti daugiau informacijos, maloniai prašome kreiptis į* mokyklos psichologą (-ę) (Vardas ir pavardė)*:*

tel. ............... (nurodyti kuriomis dienomis, kuriomis valandomis)el.p.: ................

Su pateikta informacija susipažinau ir **sutinku**, kad mano duktė / sūnus ........................................................................................................

 *Vardas ir pavardė*

būtų konsultuojamas (-a) psichologo nuotoliniu būdu

..................................................... .......................... 2020 - ...... - ......

 *Vardas ir pavardė parašas[[1]](#footnote-1) data*

1. Pasirašykite ir atsiųskite nuskenuotą ar nufotografuotą sutikimo formą. Galite siųsti ir ranka perrašytą ir pasirašytą sutikimo tekstą. [↑](#footnote-ref-1)