**КГУ «Общеобразовательная школа села Капитоновка по Буландынскому району**

 **управления образования Акмолинской области»**

**2022-2023 учебный год**

**Согласие родителей**

**на психолого – педагогическое сопровождение учащихся \_\_\_ «\_\_\_» класса, в т.ч. на проведение психологического тестирования и психологических занятий с учащимися**

Я понимаю, что - тестирование уровня психологического здоровья не носит экспериментальный характер;

**-** целью тестирования является определение уровня развития психологического здоровья и уровня риска вовлечения в психологическую зависимость (от интернета, компьютерных игр, психоактивных веществ, влияния других людей);

- при тестировании выявляются сильные и слабые стороны личности: эмоциональное состояние, доверие к себе и миру, автономность, уверенность, инициатива, трудолюбие, ответственность, открытость, позитивный жизненный сценарий, навыки ответственного выбора, доступ к внутренним ресурсам, поведенческие реакции, уровень самоорганизации и управления временем.

Я осведомлен о том, что тестирование будет проходить на добровольной и конфиденциальной основе, то есть мой ребенок имеет право отказаться от участия в тестировании, и данное тестирование является строго конфиденциальным и не содержит какой-либо информации, дискриминирующей моего ребенка.

Я осведомлен, что по результатам тестирования моему ребенку будет предложено, если это необходимо, пройти ряд профилактических мероприятий.

Я понимаю, что реальная польза от тестирования заключается в том, что мой ребенок, по результатам тестирования, может участвовать в профилактических мероприятиях, что позволит ему/ей развивать те свойства и качества личности, которые сделают его/ее устойчивым к различного рода зависимости и повысят уровень его/ее психологического здоровья.

Я понимаю, что данные, полученные в ходе тестирования, являются строго конфиденциальными, и я понимаю, что я как родитель/законный представитель имею полное право ознакомиться с процедурой тестирования и результатами, полученными в ходе тестирования моего ребенка.

Если я буду нуждаться в дополнительной информации о ходе тестирования, я смогу обратиться по адресу: Акмолинская область, Буландынский район, с. Капитоновка, ул. Болуан Шолак 4, КГУ « ОШ с. Капитоновка» к педагогу – психологу Бабенко Лидии Тимофеевне, в том числе по телефону: сот. 87057425903, раб. 87164632241.

Я осведомлен о том, что подобная работа проходит во всех организациях образования Республики Казахстан.

Я прочитал/а данную форму информированного согласия, и я даю свое согласие на участие. Я понимаю, что если мне потребуется, то я получу копию данной формы.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ФИО ребенка** | **ФИО Родителя/законного представителя** | **Дата** | **Подпись** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |