

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné Mme / M. responsable légal de l'enfant
.....né le scolarisé au LFGEB en classe de

autorise Madame Dorottya HAVAS, psychologue, à rencontrer mon enfant pour un ou plusieurs entretiens afin d'effectuer une évaluation psychologique et à le réorienter vers d'autres professionnels, si besoin.

n'autorise pas Madame Dorottya HAVAS à rencontrer mon enfant.

Coordonnées de la famille : Nom des parents :

Adresse :

Numéro de téléphone : Email :

En cas de refus, merci d'expliquer le motif :

.....
.....
.....

Date :

Signature :

SZÜLŐI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Alulírott, , gyermekem
(neve)..... (született)..... (osztálya)
..... törvényes képviselője

hozzájárulok, hogy HAVAS Dorottya pszichológus a gyermekemmel egy vagy több alkalommal találkozzon pszichológiai felmérés céljából, és szükség esetén más szakemberekhez irányítsa.

nem járulok hozzá, hogy HAVAS Dorottya pszichológus beszélgesse gyermekemmel.

A család adatai: szülők neve:

Lakím:

Telefonszám: E-mail:

Nemleges válasz esetén kérjük, indokolja meg:

.....
.....
.....

Dátum:

Alíírás :