**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**«ПОЛЯНСКИЙ ДЕТСКИЙ САД «СКАЗКА»**

муниципального образования Рязанский муниципальный район Рязанской области

ОГРН № 1116215000527, ИНН 6215025207, КПП 621501001

390525, Рязанская область, Рязанский район,

с. Поляны, ул. Молодежная д.7

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РЕБЁНКА В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

МБДОУ «Полянский детский сад «Сказка» в соответствии с п.12 ст.8 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» №273 – ФЗ от 29.12.2012 г. реализует полномочия в организации предоставления психолого – педагогической помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своём развитии и социальной адаптации.

В соответствии с п. 2 ст.42 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» №273 – ФЗ от 29.12.2012 г. такую помощь специалисты МБДОУ «Полянский детский сад «Сказка» осуществляют **по следующим направлениям деятельности: просвещение, профилактика, диагностика, консультирование, развитие.**

В соответствии п. 3 ст.42 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» №273 – ФЗ от 29.12.2012 г. «Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь оказывается детям на основании заявления или согласия в письменной форме их родителей (законных представителей)».

Я, нижеподписавшийся (-аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. родителя (законного представителя)

|  |  |
| --- | --- |
| **согласен (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  письменно «даю согласие» | **не согласен (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  письменно «отказываюсь от» |

(нужное выделить )

на (от) психолого - педагогическое (-го) сопровождение (-я) образовательного процесса моего ребенка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. ребёнка)

являющегося воспитанником указанного образовательного учреждения, и проинформирован (а) представителем психологической службы ДОУ:

1). О том, что согласно приказу Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 октября 2013 г. №1155 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАНДАРТА ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» психологическое сопровождение образовательного процесса ДОУ является необходимым условием реализации ФГОС дошкольного образования.

Принцип психологизации образовательного процесса обеспечивает развивающую функцию содержания образования, реализацию программы психолого – педагогической поддержки позитивной социализации и индивидуализации, развития личности детей дошкольного возраста и определяет комплекс основных характеристик дошкольного образования (объём, содержание и планируемые результаты в виде целевых ориентиров дошкольного образования).

Психологическое сопровождение образовательного процесса ДОУ в условиях введения ФГОС должно быть ориентировано на психодиагностическую, коррекционно – развивающую, совместную деятельность с детьми, на тесное сотрудничество с семьёй воспитанников и педагогическим коллективом.

Педагог – психолог дошкольного образовательного учреждения в своей деятельности руководствуется международными актами в области зашиты прав детей, федеральными законами, указами и распоряжениями, решениями соответствующих органов управления образования.

2). О том, что психологическое сопровождение ребёнка включает в себя скрининговое психологическое обследование с целью:

а) выявления детей группы риска (в частности, недостаточно готовых к обучению в школе) по запросу администрации ДОУ и соответствующих органов управления образования;

б) определения специфических трудностей в образовательном процессе по запросу администрации ДОУ;

в) определения индивидуальной образовательной стратегии для воспитателей и специалистов ДОУ, направленной на реализацию принципа развития индивидуальности и личности ребёнка, наиболее соответствующей его психологическим особенностям.

3). О том, что диагностика уровня психологического развития носит неэкспериментальный характер, в процессе скринингового психологического обследования используются высокостандартизованные методики, с которыми родители (законные представители) имеют право ознакомиться, в том числе и ознакомиться (присутствовать при желании и необходимости) с процедурой обследования.

4). О том, что психологическое обследование будет проходить на добровольной и конфиденциальной основе, то есть родитель (законный представитель), ребёнок имеют право отказаться от участия в диагностике, и данное обследование является строго конфиденциальным и не содержит какой – либо информации, дискриминирующей ребёнка.

5). О том, что если родитель (законный представитель) даёт письменное согласие на участие ребёнка в скрининговом психологическом обследовании, то ему (ребёнку) будет предоставлена методика с вопросами/ иллюстрациями, на которую он будет отвечать в соответствии с собственным опытом и отношением.

6). О том, что результаты скрининговых психологических обследований не могут считаться окончательными, а лишь позволяют быстро получить общую оценку тех или иных психологических особенностей воспитанников.

7). О том, что реальная выгода и польза от данного скринингового психологического обследования заключается в том, что ребёнок может участвовать в профилактических и развивающих мероприятиях, что позволит ему узнать свои личностные качества и способности, повысит уровень его психологического развития; позволит оптимизировать, в целом, образовательный процесс в ДОУ, нацеленный на развитие индивидуальности и личности ребёнка.

8). О том, что психологическое обследование как дополнительное средство медицинской диагностики или как более углубленное изучение психологической проблемы, или как углубленное изучение личности и особенностей развития ребёнка осуществляется только с непосредственного дополнительного согласия (заявления) родителя (законного представителя), что включает в себя:

а) определение психического состояния ребёнка, выявляя особенности его познавательной деятельности, мотивационно – волевой сферы, эмоциональных проявлений (тревожность, агрессивность и т.п.);

б) определение уровня интеллектуального развития в соотношении с возрастной нормой;

в) выявление симптомов тех или иных нарушений в психическом развитии (психического недоразвития, искажённого, дисгармоничного развития, неврозов);

г) определение динамики улучшений в психической деятельности.

9). О том, что данные, полученные в ходе углубленного психологического обследования, являются строго конфиденциальными, разглашение воспитателям, узким специалистам и администрации ДОУ возможно только с непосредственного дополнительного согласия родителя (законного представителя).

10). О том, что родители (законные представители) всегда могут обратиться за психологической помощью в ДОУ:

а) получить рекомендации по общению с ребёнком, его воспитанию в семье;

б) наметить меры по преодолению поведенческих проблем;

в) получить помощь в решении бытовых вопросов (как полезнее всего провести летние каникулы; отдавать ли ребёнка в летний лагерь; с кем из родителей, находящихся в разводе, ребёнку лучше жить и т.п.);

г) выяснить прогноз дальнейшего развития ребёнка;

д) определить готовность к школьному обучению и выбрать форму будущего обучения (школа/семейное/гимназия);

е) определить уровень развития ребёнка, его соответствие или несоответствие возрастной норме;

ё) научиться лучше понимать своего ребёнка.

Я осведомлён (а) о том, что подобное психологическое сопровождение осуществляется во многих городах России, в том числе и в г. Рязани, и в с. Поляны.

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости психологического сопровождения образовательного процесса моего ребёнка, об ответственности за последствия отказа от него, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, представленных в данной форме согласия.

В случае отказа он может быть отозван мною в любое время на основании моего письменного заявления о согласии на предоставление такой помощи.

Моё согласие также может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления до истечения срока его действия.

Если я буду нуждаться в дополнительной информации о ходе психологического сопровождения, я смогу обратиться по адресу: МБДОУ «Полянский детский сад «Сказка», Рязанская область, Рязанский район, с. Поляны, ул. Молодежная д.7, тел/факс (4912) 26-44-82, к занимаемому должность педагогу - психологу, к заведующей МБДОУ.

Примечания:

1. Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:

* Если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими.
* Если материалы индивидуальной работы будут затребованы правоохранительными органами.

*О таких ситуациях Вы будете информированы.*

1. В п. 7 данной формы согласия, предусматривающей участие детей в групповых формах развивающей и профилактической работы, ребёнок не изолируется, а участвует вместе со всеми детьми, но его деятельность не подвергается психологическому анализу в соответствии с обозначенным нежеланием родителя (законного представителя).

**Настоящее согласие составлено в соответствии с законодательством РФ, Этическим кодексом психолога и предполагает персональную ответственность специалиста за соблюдение прав воспитанников и родителей (законных представителей) в период оказания психолого – педагогической помощи, в том числе и ответственность за обработку персональных данных.**

**Настоящее согласие/ отказ действует на весь период пребывания воспитанника в данном образовательном учреждении.**

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

(подпись ) (расшифровка)

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись педагога - психолога) (расшифровка)

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись заведующей ДОУ) (расшифровка)