Уважаемые родители!

В рамках договора совместной деятельности ГБНОУ «Школа здоровья и индивидуального развития» и администрацией ГБОУ №\_160\_\_\_ в Вашем классе проводится психолого-педагогическая работа по программе «Школьная адаптация учащихся пятых классов». Просим Вас дать согласие на участие Вашего ребёнка в психолого-психологическом тестировании.

Обращаем Ваше внимание на то, что участие в данном исследовании добровольно, а полученная в ходе исследования информация строго конфиденциальна.

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

даю согласие на участие в психолого–педагогическом тестировании моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ГБОУ№ \_\_\_\_\_, и предоставляю свой контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для того, чтобы специалист мог связаться со мной.

Ваше согласие включает:

* Согласие на психолого - психологическое тестирование ребёнка.
* Согласие на заполнение анкеты (теста).
* Разрешение специалисту, в случае необходимости, пригласить Вас на индивидуальную консультацию.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись родителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уважаемые родители!

В рамках договора совместной деятельности ГБНОУ «Школа здоровья и индивидуального развития» и администрацией ГБОУ №\_\_\_\_ в Вашем классе проводится психолого-педагогическая работа по программе «Школьная адаптация первоклассников». Просим Вас дать согласие на участие Вашего ребёнка в психолого - психологическом тестировании.

Обращаем Ваше внимание на то, что участие в данном исследовании добровольно, а полученная в ходе исследования информация строго конфиденциальна.

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

даю согласие на участие в психолого - педагогическом тестировании, моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ГБОУ № \_\_\_\_\_, и предоставляю свой контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для того, чтобы специалист мог связаться со мной.

Ваше согласие включает:

* Согласие на психолого - психологическое тестирование ребёнка.
* Согласие на заполнение анкеты (теста).
* Разрешение специалисту, в случае необходимости, пригласить Вас на индивидуальную консультацию.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись родителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_