

**Kérelem és nyilatkozat tanuló/szülő részére iskolapszichológusi foglalkozáson történő részvételhez**

Kérem, és egyben hozzájárulok, hogy a **Sylvester János Református Gimnázium és Technikum** (továbbiakban: Adatkezelő vagy Iskola) iskolapszichológusa:

gyermekem részére egyéni/csoportos\*  
részemre egyéni/csoportos\*

foglalkozásokat<sup>1</sup> tartson.

**A tanuló neve:** .....

**OM azonosító:** .....

**A tanuló szülőjének/törvényes képviselőjének neve:** .....

**(A kiskorú törvényes képviselőt a szülői felügyeletet gyakorló szülő(k) vagy a gyám látja el.)**

Megértettem, hogy bármikor visszavonhatom a hozzájárulásomat az alábbi elérhetőségeken:  
személyesen az Iskola székhelyén: 1149 Budapest, Pillangó park 3-5.  
e-mailen: [sylvester@sylvester.hu](mailto:sylvester@sylvester.hu) email címen.

Megismertem és megértettem: „A Sylvester János Református Gimnázium és Technikum tanuló<sup>2</sup> személyes adatainak kezeléséhez kapcsolódó adatkezelési tájékoztatót (3. módosított verzió)”

*Tájékoztatjuk, hogy a Tanuló és a Szülő saját, illetve együttes döntése alapján kérheti iskolapszichológus segítségét.*

- 14 év alatti tanulók esetében a szülő/törvényes képviselő hozzájárulása,
- 14-18 év közötti tanulók esetében a tanuló és a szülő /törvényes képviselő közös hozzájárulása,
- a 18 életévét betöltött tanuló önálló hozzájárulása szükséges.

Budapest, **2024.** .

.....  
**szülő/törvényes képviselő aláírása**  
**(14 év alatti tanuló esetében)**

.....  
**szülő/törvényes képviselő, tanuló aláírása**  
**(14-18 év közötti tanuló esetében)**

.....  
**18. életévét betöltött tanuló aláírása**

---

\* kérem aláhúzni

<sup>1</sup> szűréseket, vizsgálatokat, tréningeket, egyéni és csoportos tanácsadást

<sup>2</sup> a gimnáziumi nevelés-oktatásban, valamint a technikumi képzésben résztvevők