Krajowy Program
Ratowników Zdrowia
Psychicznego

Telefon: +48 732 231 931
Email: contact@mhrwellbeing.org

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział ucznia w działaniach rówieśniczego wsparcia psychicznego w szkole

Ja, niżej podpisany/a:
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: .....
Telefon kontaktowy / e-mail: .....

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:
Imię i nazwisko ucznia: .....
Klasa: .....

w działaniach realizowanych w szkole w ramach systemu wsparcia rówieśniczego, w tym:
☐ jako uczestnik grupy rówieśniczego wsparcia,
☐ jako lider/uczestnik szkolenia przygotowującego do pełnienia roli wspierającej,
☐ jako organizator inicjatyw rówieśniczych promujących zdrowie psychiczne.

Informacje o programie:
Działania służą wspieraniu dobrostanu psychicznego uczniów i rozwijaniu ich kompetencji społeczno-emocjonalnych. Odbywają się w bezpiecznej przestrzeni szkoły, pod opieką wyznaczonego nauczyciela/pedagoga/psychologa. Uczeń może zrezygnować z udziału w każdej chwili.
Szkoła zapewnia monitoring, nadzór i w razie potrzeby wsparcie specjalisty.

Oświadczam, że:
☐ zapoznałem/am się z celami i zasadami udziału mojego dziecka w programie,
☐ rozumiem, że działania te mają charakter wspierający, edukacyjny i profilaktyczny,
☐ jestem świadomy/a, że nie są to działania terapeutyczne ani medyczne,
☐ wyrażam zgodę na niezbędne przetwarzanie danych osobowych zgodnie z RODO.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego