1. **A képen kör, virág, embléma látható

   Automatikusan generált leírás**Győr-Moson-Sopron Vármegyei Pedagógiai SzakszolgálatA képen vázlat, Gyermekrajz, clipart látható

   Automatikusan generált leírás
2. Pannonhalmi Tagintézménye
3. 9090 Pannonhalma, Szabadság tér 21.
4. Tel.: 20/4055-888 96/960-333

1. [pannonhalma@gymsm-pedszakszolg.edu.hu](mailto:pannonhalma@gymsm-pedszakszolg.edu.hu)
2. OM azonosító: 101894
3. Székhelyintézmény: 9025 Győr, Márvány u. 4. Tel.: 96-415-926
4. [www.gymsm-pedszakszolg.edu.hu](http://www.gymsm-pedszakszolg.edu.hu)
5. www.pedszakszolg-pannonhalma.hu
6. vonal

Tisztelt Szülők!

Ahhoz, hogy a pszichológiai tanácsadás keretében nyújtott foglalkozások/terápiák során eredményesen haladhassunk, szükségünk van az Önök segítségére is!

Tanácsadás menete:

1. alkalom: szülőkonzultáció, problémafeltáró beszélgetés
2. – 4. alkalom: megismerési folyamat, diagnosztika
3. alkalom: tanácsadás, eredmények átbeszélése, esetleges terápiás terv felállítása (max. 6 alkalmas terápia vehető igénybe)

Ezért kérjük – ha mód van rá – a gyermek ne hiányozzon a foglalkozásokról. Amennyiben előre látható a hiányzás, kérjük, hogy min. kettő nappal a hiányzás előtt jelezzék, hogy a kieső óra helyére másik klienst tudjon szervezni a terapeuta. Hirtelen fellépő betegség / hiányzás esetén kérjük Önöket, hogy szintén értesítsék a fejlesztést/terápiát végző szakembert **emailben**:

**felhalmi.luca@gymsm-pedszakszolg.edu.hu**

Kérjük, hogy beteg gyermeket ne hozzanak a fejlesztésekre. Amennyiben a terapeuta betegséget észlel a gyermeken, jogában áll a foglalkozást megszakítani és a klienst hazaküldeni.

A terapeuta a hiányzása esetén szintén értesíti Önöket, majd egyeztet újabb időpontot Önökkel.

**Aláírásával a szülő tudomásul veszi a fentiekben leírtakat, illetve amennyiben előzetes lemondás nélkül 2 alkalommal igazolatlanul nem jelenik meg,**

**a gyermek helye megüresedik.**

**Ezt követően nem fogjuk keresni Önöket sem telefonon, sem levélben,**

**a megüresedő helyet a várólistán szereplő gyermekek valamelyikével töltjük be.**

Megértésüket és együttműködésüket köszönjük.

**Kérjük, aláírásával igazolja, hogy a fentieket elfogadja:**

­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pszichológus szülő

esetfelelős

Kelt: Pannonhalma, 2025.