

Nr. _____

Stimați părinți,

În vederea unei colaborări eficiente cu Cabinetul de asistență psihopedagogică din unitatea de învățământ, vă rugăm să vă exprimați acordul/ dezacordul cu privire la participarea copilului dumneavoastră la activități de asistență și consiliere individuală sau de grup.

Activitățile care se desfășoară în cabinet sunt proiectate pentru a veni în sprijinul copiilor/elevilor prin asigurarea informării și consilierii pe teme de cunoaștere și autocunoaștere, dezvoltare socio-emoțională adaptarea elevilor la exigențele școlii, optimizarea relațiilor cu colegii și cadrele didactice, prevenirii sau diminuării factorilor care determină tulburări comportamentale, comportamente cu risc sau disconfort psihic, orientare școlară și profesională etc.

Vă rugăm să notați în coloana corespunzătoare DA/NU, în funcție de opțiunea dumneavoastră.

Vă mulțumim!

Grupa/Clasa: _____

**Prezentul acord este valabil pe tot parcursul ciclului educațional, cu posibilitatea revizuirii anuale sau ori de câte ori este necesar (la cererea părintelui, la transferul elevilor din și în unitate etc.).*

Nr. crt.	Numele și prenumele copilului/elevului	Numele și prenumele părintelui	Sunt de acord DA	Nu sunt de acord NU	Semnătura
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					



12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					

Profesor-consilier școlar,

Educatoare/ Învățător/ Diriginte,