

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Psychologe/in

Name des Schülers/der Schülerin:

Schule: AHS

Klasse:

Name der/des Erziehungsberechtigten:

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn bei der zuständigen Psychologin/beim zuständigen Psychologen am Missionsprivatgymnasium St. Rupert Unterstützung im Sinne psychologischer Beratung und Begleitung erhält.

Ich nehme die Verarbeitung der Daten meines Kindes durch den/die zuständige Psycholog:in am Missionsprivatgymnasium St. Rupert zum Zwecke der psychologischen Untersuchung zur Kenntnis.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen bei der Schulleitung widerrufen werden. Die Datenverarbeitung bleibt bis zum Zeitpunkt des Widerrufs rechtmäßig.

.....

Datum und Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Kontakt Psycholog:in

