



**Homokháti Kistérség Többcélú Társulása
Integrált Szociális és Gyermekjóléti Központ**

6782 Mórahalom, Röszei út 2.

Tel: 62/ 254-286

e-mail: vezeto@hoszkip.hu

Cégkapu azonosító: 15359104

Tájékoztató

óvodában, iskolában, kollégiumban biztosított szociális segítő tevékenységről

Tájékoztatjuk, hogy az intézményében iskolai szociális segítő tevékenység működik. A tevékenység a család- és gyermekjóléti központ speciális szolgáltatása. Célja a gyermekek veszélyeztetettségének megelőzése, valamint a gyermekek előmenetelének segítése a szociális segítő munka eszközeivel. A szociális segítő tevékenység a gyermekek szükségleteinek megfelelően egyéni és csoportos foglalkozásokon, valamint közösségi programok keretében valósul meg az oktatási intézmény és a szociális központ együttműködésében. A segítő segítséget nyújthat a gyermek iskolai életével kapcsolatos problémák megoldásában, valamint prevenciók célból készség- és személyiségfejlesztést, szociális kompetenciafejlesztést végezhet.

A szülő felkeresheti az iskolai szociális segítőt telefonon, e-mailben vagy személyesen a megadott fogadóórán, vagy más, előre egyeztetett időpontban, és információt, illetve segítséget kérhet szociális problémák, életvezetési vagy gyerekevelési problémák megoldásában.

A szociális segítővel folyó munka nem terápia, nem helyettesíti a más szakemberrel (gyógypedagógus, logopédus, pszichológus stb.) történő fejlesztő munkát.

A Homokháti Szociális Központ a tevékenység során keletkezett iratokat az adatvédelmi törvény, valamint az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény rendelkezéseinek betartásával kezeli.

Hozzájárulási nyilatkozat

Alulírott szülő, törvényes képviselő az iskolai szociális segítő tevékenységről, valamint a titoktartásról
szólok fenti tájékoztatást megkaptam. Hozzájárulok,

hogy..... nevű,

..... osztályba járó gyermekem a Homokháti Szociális Központ Család- és Gyermekjóléti Központja által kötelezően nyújtott iskolai szociális segítő tevékenységben részesüljön, valamint hozzájárulok a gyermekem adatainak bizalmas kezeléséhez.

A hozzájárulási nyilatkozat visszavonásig, vagy a gyermek tanulói jogviszonyának megszűnéséig érvényes.

Törvényes képviselő neve:

Lakcíme:

Napközbeni elérhetősége telefonon:

Kelt

.....
Szülő/törvényes képviselő aláírás