

Информированное согласие законного представителя на психологическое консультирование несовершеннолетнего и обработку персональных данных

Редакция от 21.10.2026

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

паспорт: серия _____ номер _____, выдан
_____ дата выдачи _____,

адрес регистрации: _____,

являюсь законным представителем (☐ мать ☐ отец ☐ опекун, попечитель ☐ иное:
_____) несовершеннолетнего:

_____, дата рождения _____,
(фамилия, имя, отчество ребёнка)

Документ, подтверждающий полномочия: ☐ свидетельство о рождении ☐ иной документ:

1. Согласие на психологическое консультирование

Я даю согласие на проведение психологических консультаций моего ребёнка. Психолог: Рыкова Алена Михайловна, ИНН 667498710670 (далее: Психолог). Я подтверждаю, что мне разъяснено:

1.1. Психологическое консультирование не является медицинской помощью. Психолог не ставит диагнозы и не назначает лечение. Если ребёнку нужна помощь врача, Психолог сообщит мне об этом и порекомендует обратиться к специалисту.

1.2. Консультации с ребёнком проводятся очно, длятся 50 минут и строятся на гештальт-подходе. В работе используются игра, рисование, творческие и телесные упражнения, разговор. Работа, как правило, начинается со встречи с законным представителем без ребёнка. Онлайн-встречи с детьми младше 14 лет возможны только в случаях, предусмотренных публичной офертой.

1.3. Результат консультирования зависит в том числе от ребёнка, семьи и окружения, поэтому Психолог не гарантирует определённый результат. В процессе работы у ребёнка могут временно усиливаться эмоциональные проявления. Это обычная часть работы, и такие изменения можно обсудить с Психологом.

1.4. Я буду получать от Психолога общую информацию о ходе работы и рекомендации. Подробное содержание бесед с ребёнком не пересказывается, чтобы сохранить его доверие. Конфиденциальность может быть нарушена без согласия, если есть угроза жизни или здоровью ребёнка или других лиц, если есть основания полагать, что в отношении ребёнка совершается насилие (в этом случае Психолог вправе сообщить в органы опеки и попечительства или полицию), а также по запросу уполномоченных органов в случаях, предусмотренных законом.

1.5. Ребёнок вправе отказаться от отдельного упражнения или темы разговора.

1.6. Необходимое количество встреч невозможно определить на первой консультации: оно зависит от запроса, возраста ребёнка и того, как идёт работа. Ориентир Психолог обсуждает со мной после первых встреч и уточняет в процессе.

1.7. Я вправе в любой момент прекратить консультирование ребёнка. Мне разъяснено, что решение о завершении важно заранее обсудить с Психологом и провести завершающую встречу. На ней подводятся итоги, ребёнок может попрощаться, и работа завершается бережно, а не обрывается

внезапно, что для ребёнка может быть болезненно. Завершающая встреча является полноценной частью психологической работы и оплачивается как обычная консультация.

1.8. Аудио- и видеозапись встреч не ведётся. Запись возможна только с моего отдельного согласия.

1.9. Я ознакомлен(а) с публичной офертой (zdesmozhno.ru/oferta.php), в том числе с порядком оплаты, переноса и отмены встреч, и с Политикой обработки персональных данных (zdesmozhno.ru/privacy.php).

2. Второй родитель

☐ Второй родитель знает о консультациях и не возражает.

☐ Я являюсь единственным законным представителем ребёнка.

☐ Иное: _____

Я обязуюсь сообщить Психологу, если второй родитель возражает против консультаций или если есть решение суда, ограничивающее права одного из родителей или определяющее порядок общения с ребёнком.

3. Согласие на обработку персональных данных

В соответствии со ст. 9 и 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребёнка на следующих условиях.

3.1. Оператор: Рыкова Алена Михайловна, ИНН 667498710670, адрес:

_____.

3.2. Цель обработки: оказание услуг психологического консультирования ребёнку и консультирование законного представителя.

3.3. Перечень данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения ребёнка; мои фамилия, имя, отчество, паспортные данные, адрес регистрации, номер телефона, адрес электронной почты; сведения о семье; сведения, сообщаемые в ходе консультаций; **сведения о состоянии здоровья ребёнка** (диагнозы, приём лекарств, наблюдение у врачей), если они сообщены Психологу; рабочие записи Психолога.

3.4. Действия с данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Обработка смешанная (с использованием средств автоматизации и без них). Данные хранятся на территории Российской Федерации, не передаются третьим лицам (кроме случаев, предусмотренных законом) и не передаются за рубеж.

3.5. Срок действия согласия: в течение срока консультирования и 3 лет после его окончания.

3.6. Я могу отозвать согласие в любой момент, направив Психологу письменное заявление или сообщение на alena.kushmantseva@mail.ru. В этом случае данные уничтожаются в срок не более 30 дней, если иное не предусмотрено законом.

Законный представитель: _____ / _____
(подпись) (расшифровка)

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Подросток 14+ (ознакомлен(а)): _____ / _____

Психолог: _____ / Рыкова А. М.