**ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΟΝΕΑ**

 **ΓΙΑ ΕΞ ΑΠΟΣΤΑΣΕΩΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ**

**ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, γονέας και έχων/ουσα την επιμέλεια του μαθητή/μαθήτριας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ που φοιτά στην \_\_\_\_\_ τάξη του *Γυμνασίου* του *Κολλεγίου Αθηνών*, **αιτούμαι** προς το Τμήμα Συμβουλευτικής του Σχολείου και δίνω τη ρητή **συγκατάθεσή** μου να δέχεται το παιδί μου συμβουλευτική στήριξη από την αρμόδιο ψυχολόγο.

Ειδικότερα, δηλώνω δια της παρούσας, ότι έχω ενημερωθεί από το Σχολείο, ότι καθώς, δεδομένων των συνθηκών, είναι αδύνατη η δια ζώσης παροχή συμβουλευτικής στήριξης στο παιδί μου, η επικοινωνία με το σχολικό ψυχολόγο θα πραγματοποιηθεί μέσω του διαδικτυακού εργαλείου Teams της Microsoft, με εξατομικευμένη επαφή του ψυχολόγου με το παιδί μου, το οποίο αποδέχομαι. Επίσης δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων και τα μέτρα ασφαλείας που λαμβάνει το Σχολείο, τους κανόνες που πρέπει να ακολουθούνται κατά την παροχή της εξ αποστάσεως συμβουλευτικής στήριξης, καθώς και για τους όρους χρήσης της Microsoft για το Teams.

Ημερομηνία \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Υπογραφή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_