

Diretoria de Ensino da Região de _____ Unidade Escolar _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENCONTROS DE PSICOLOGIA ESCOLAR PELA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO – SEDUC SP

Eu, _____ [NOME DOS PAIS/RESPONSÁVEIS], responsável pelo aluno _____ [NOME DO ALUNO], ano/turma _____ autorizo a escola a incluir o estudante a participar dos encontros de psicologia escolar a serem realizados presencialmente nesta Unidade Escolar e a acompanhamentos psicológico eventuais, avaliações psicológicas pertinentes e os encaminhamentos cabíveis.

Todas as avaliações, intervenções e documentos produzidos serão regidos pelos dispositivos legais vigentes, em especial pelo disposto na Resolução CFP nº 10/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo), bem como pelas demais Resoluções da Psicologia relacionadas ao exercício da profissão. Em especial, serão garantidos às crianças e/ou adolescentes o sigilo das informações e a preservação da dignidade e da intimidade durante a prestação dos serviços de que trata esta autorização.

Sem mais.

São Paulo, _____ [DATA]

Responsável Legal pela Criança e/ou Adolescente

Fundamento desta autorização na Resolução CFP nº 010/2005

(Código de Ética Profissional do Psicólogo):

Art. 8º - Para realizar atendimento não eventual de criança, adolescente ou interdito, o psicólogo deverá obter autorização de ao menos um de seus responsáveis, observadas as determinações da legislação vigente:

§1º - No caso de não se apresentar um responsável legal, o atendimento deverá ser efetuado e comunicado às autoridades competentes;

§2º - O psicólogo responsabilizar-se-á pelos encaminhamentos que se fizerem necessários para garantir a proteção integral do atendido.