

Formulaire de Consentement Pour Thérapie de Groupe



Division of Psychological Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

Formulaire 339-2 de MCPS
Octobre 2015

Nom de l'Élève _____ Date de Naissance ____/____/____ Numéro d'Identification de MCPS _____

Nom de l'École _____ Grade Level (Niveau Scolaire) _____

Nom du Parent/Tuteur _____ Numéro de Téléphone du Contact _____ - _____ - _____

Le psychologue scolaire peut fournir des services de thérapie de groupe aux élèves, avec la permission du parent/des parents ou du tuteur/des tuteurs. Ces séances de thérapie sont conçues pour enseigner des compétences qui peuvent aider les élèves à mieux réussir dans leur environnement scolaire et social. Beaucoup d'élèves améliorent leur rendement scolaire, leur présence à l'école et leur attitude envers l'école en participant aux séances de thérapie. Des thèmes qui sont développés pour s'entraider dans ces groupes, souvent comprennent des stratégies d'adaptation, de gestion du stress, de résolution de problèmes et des compétences sociales. Ces séances ne remplacent pas les séances de thérapie offertes en dehors de l'école que vous allez arranger pour l'élève.

Les élèves seront fortement conseillés de garder les informations partagées par d'autres au cours des séances confidentielles. Les informations communiquées par l'élève au cours de séances de thérapie ne sont pas généralement révélées à quelqu'un d'autre, sauf dans certaines circonstances (par exemple, des éléments de preuve qu'un élève est une menace envers lui-même, les autres, ou peut menacer les biens d'autrui).

Veillez signer et demander à l'élève de retourner ce formulaire de consentement. Ce consentement pour des séances de thérapie de groupe est valide pour une année scolaire. La participation des élèves à des séances de service de thérapie est strictement volontaire et le consentement des parents pour annuler la participation de l'élève à ces séances peut être fait à tout moment. Les parents sont invités à communiquer avec le psychologue de l'école pour être informés des progrès de l'élève.

Je vous remercie de votre soutien pour aider vos élèves à réussir à l'école.

Je donne l'autorisation à _____ de recevoir des services de thérapie de groupe du psychologue de l'école.
(Nom de l'Élève)

Je **ne** donne pas l'autorisation à _____ de recevoir des services de thérapie de groupe du psychologue de l'école.
(Nom de l'Élève)

(Signature) du Parent/Tuteur _____ Date ____/____/____

Nom du Psychologue de l'École (Veuillez imprimer) _____

(Signature) du Psychologue de l'École _____

Numéro de téléphone du Psychologue _____ - _____ - _____