



Beleegyző nyilatkozat és Jelentkezési lap autizmus/ADHD specifikus mentoráláshoz 18 év alattiaknak

1. Beleegyző nyilatkozat

Kérjük, nyomtatott betűkkel töltsse ki!

A mentorálásban részt vevő kiskorú személy:

Neve:

Születési helye és ideje:

Anyja neve:

Alulírott:

Neve:

Születési helye és ideje:

Anyja neve:

Telefonszáma: +36 -

mint a mentorálásban résztvevő kiskorú személy szülője és/vagy törvényes képviselője a jelen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom ahhoz, hogy a gyermekem saját akaratából autizmus specifikus mentorálásban részesüljön.

Kijelentem, hogy a mai napon a résztvevő kiskorú személy törvényes képviselője vagyok, a szülői felügyeleti jogom nincs felfüggesztve, korlátozva, illetve megszüntetve, a jelen nyilatkozat megtételére jogosult vagyok.

_____, 2024. _____ hó ____ napján

a mentorálásban résztvevő kiskorú személy törvényes képviselőjének aláírása



2. Jelentkezési lap

A mentorálásban résztvevő kiskorú személy (továbbiakban Mentorált fiatal) törvényes képviselőjeként elfogadom az alábbi feltételeket:

1. A mentorálás nem helyettesíti az autizmus/ADHD specifikus pszichológiai, pszichiátriai kezelést.
2. Titoktartási kötelezettség:
 - Az Autizmus-mentor kötelezettséget vállal arra, hogy a Mentorált fiattól hallottakat titokként megőrzi, beleegyezése nélkül semmilyen információt harmadik félnek nem szolgáltat ki.
 - *Kivételt képez a titoktartás alól:* ha az Autizmus-mentornak tudomására jut olyan információ, mely a Mentorált fiatal súlyos, visszafordíthatatlan testi és lelki veszélyeztetettségét jelzi előre. Ilyenek lehetnek: suicid/homicid készletés, drog-, szerhasználat, bullying (rendszeresen ismétlődő fizikai és/vagy lelki bántalmazás kortárs közegben).
3. A Mentorált fiatal törvényes képviselőjeként vállalom az Autizmus-mentorról való konzultációt szükség esetén gyermekem érdekében.
4. Az első találkozáskor mind a Mentorált fiatal, mind a törvényes képviselő jelen kell legyen. Ezen alkalmon tisztázásra kerülnek a lehetséges közös célok.
5. Amennyiben a mentoráláson szerzett tapasztalatok alapján szükségesnek látszik terápia vagy más kezelés elindítása, bevonása, úgy az Autizmus-mentor javaslatot tesz a továbbiakkal kapcsolatban mind a Mentorált fiatalnak, mind a törvényes képviselőnek.
6. Fizetési kötelezettség: a lefoglalt időpont akkor is kifizetendő, ha a Mentorált fiatal nem jelenik meg a mentoráláson. A befizetett összeg felhasználható marad egy következő időpontra, de a következő időpont egyeztetése csak a díj befizetése után lehetséges. A díjszabás megtalálható az autizmusmentor.hu oldalon.
7. Ezen Jelentkezési feltételeket a Mentorált fiatallal is átbeszéltem, tartalmával ő is egyetért.

_____, 2024. _____ hó ____ napján

a mentorálásban résztvevő kiskorú személy törvényes képviselőjének aláírása