

Individuální souhlas pro rodiče/zákonné zástupce nezletilých žáků/děti

Formulář individuálního informovaného souhlasu s činností školního psychologa

Název školy: Základní škola a Mateřská škola Králův Dvůr – Počaply, Tyršova 136

Individuální informovaný souhlas rodiče/zákonného zástupce s činností školního psychologa. Popis konkrétní poradenské služby, pro kterou je souhlas sjednáván včetně jejího časového rozvržení:		
Kontakt na školního psychologa Mgr. Ludmila Sotáková, tel. 608 359 675, e-mail: sotakovaludmila@zspocaply.eu		
JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽÁKA/-YNĚ/DÍTĚTE:	DATUM NAROZENÍ:	TŘÍDA:
<p>Školní psycholog poskytuje komplexní služby žákům/dětem dle Vyhlášky č. 72/2005 Sb. v aktuálním znění O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Vykonává činnosti poradenské, konzultační, diagnostické, metodické a informační. Při práci se psycholog řídí etickými normami své profese a je nezávislým odborníkem. Veškeré informace, které školní psycholog při své práci získá, jsou vázány profesním tajemstvím.</p> <ul style="list-style-type: none">- Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o povaze, způsobu, rozsahu, cílech a postupech nabízené poradenské služby, o prospěchu, který je možné očekávat. Dále jsem byla/a informován/a o tom, jaká jsou má práva a povinnosti spojené s poskytováním poradenských služeb; včetně práva žádat kdykoliv o poskytnutí poradenské služby.- Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.- SOUHLASÍM/NESOUHLASÍM* s předáním zjištěných informací o dítěti kompetentním pracovníkům školy (např. třídní učitel, výchovný poradce), které mohou zlepšit poskytování podpůrných opatření ve škole našemu dítěti.- Dále SOUHLASÍM/NESOUHLASÍM* s předáním dalších informací o dítěti kompetentním pracovníkům školy (např. třídní učitel, výchovný poradce) v případě, že to bude nezbytně nutné k další péči o dítě a v zájmu dítěte.- Byl/a jsem seznámena/a s tím, že o provedené poradenské službě je školním psychologem vedena dokumentace, která je v souladu s platnými předpisy archivována.- jiné:		
SVÝM PODPÍSEM DÁVÁM SOUHLAS K REALIZACI NAVRHOVANÉ PORADENSKÉ SLUŽBY:		
..... Podpis rodiče/zákonného zástupce Datum	
V případě individuálního nebo skupinového psychologického vyšetření:		
<ul style="list-style-type: none">- Byl/a jsem seznámen/a s výsledky individuálního/skupinového vyšetření a sdělení jsem plně porozuměl/a ANO/NE*- Byla mi předána písemná zpráva z individuálního vyšetření ANO/NE*		
..... Podpis rodiče/zákonného zástupce Datum	

*nehodící se škrtněte