

Individuální souhlas pro rodiče/zákonné zástupce nezletilých žáků

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. Tereza Skalická, DiS., skalickatereza@zspocaply.eu, +420 723 275 549

Jméno a příjmení žáka/yně:

Datum narození:

Třída:

Školní psycholog poskytuje komplexní služby žákům 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.

- 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, asistent, výchovný poradce), které mohou zefektivnit 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 podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované poradenské služby:

.....
Jméno a podpis rodiče/zákonného zástupce

.....
Datum

V případě individuálního nebo skupinového psychologického vyšetření:

- 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