

Název školy:

Individuální informovaný souhlas rodiče/zákonného zástupce s činností školního psychologa.

Popis konkrétní poradenské služby, pro kterou je souhlas sjednáván včetně jejího časového rozvržení:

- Individuální konzultace

Kontakt na školního psychologa poskytujícího službu (jméno, telefon, e-mail):
Viktorie Maixnerová, tel.: + 420 739 548 970

Jméno a příjmení žáka/yně:

Datum narození:

Třída:

- 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, 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.

Svým podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované poradenské služby:

.....
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