Individuální informovaný souhlas rodiče/zákonného zástupce s činností školního psychologa

Název a adresa školy: Základní škola a mateřská škola Ostrava-Zábřeh, Březinova 52, příspěvková organizace

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Popis konkrétní poradenské služby, pro kterou je souhlas sjednáván: | | |
| Kontakt na školního psychologa poskytujícího službu (jméno a příjmení, telefon, e-mail):  **PhDr. Mgr. Sandra Štěpánková, email: sandra.stepankova@zs-brezinova.cz** | | |
| Příjmení a jméno žáka/žákyně: | 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 možno očekávat, a o všech předvídatelných důsledcích, které mohou vyplynout z poskytování poradenské služby, i o možných následcích, pokud tato služba nebude poskytnuta, o právech a povinnostech spojených s poskytováním poradenských služeb včetně práva žádat kdykoliv poskytnutí poradenské služby znovu. | | |
| * 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, školní psycholog, sociální pedagog, školní metodik prevence) v případě, že to bude nezbytně nutné k další péči o dítě a v zájmu dítěte. | | |
| * Byl/a jsem seznámen/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:**  ……………………………………………….. ………………………………………….  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\*  ……………………………………………….. ………………………………………….  Jméno a podpis rodiče/zákonného zástupce Datum | | |

\*Nehodící se škrtněte