

**FORMULÁŘ INDIVIDUÁLNÍHO SOUHLASU S ČINNOSTÍ
ŠKOLNÍHO PSYCHOLOGA**

Název školy: Gymnázium, Praha 9, Špitálská 2

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 poskytujícího službu (jméno, telefon, e-mail):
Mgr. Dima Salibová, 211 153 630, 774 184 588, dima.salibova@gymspit.cz

Jméno a příjmení žáka/studenta:

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 byl/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 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:

Podpis rodiče/zákonného zástupce:

Datum:

Podpis studenta (v případě zletilosti):

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 zpráva z individuálního vyšetření*

ANO

NE

Podpis rodiče/zákonného zástupce:

Datum

Podpis studenta (v případě zletilosti):

* *nehodící se škrtněte*