**FORMULÁŘ INDIVIDUÁLNÍHO SOUHLASU S ČINNOSTÍ**

**ŠKOLNÍHO PSYCHOLOGA**

**Název školy:** Gymnázium, Praha 9, Špitálská 2

**Individuální informovaný souhlas rodiče/zákonného zástupce s činností školního**

**psychologa**

Kontakt na školního psychologa poskytujícího službu (jméno, telefon, e-mail):

Mgr. Naděžda Landová, 211 153 630, nadezda.landova@gymspit.cz

J**méno a příjmení žáka/studenta:**

**Datum narození:**

**Školní rok:**

**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:**

**Podpis studenta (v případě zletilosti):**

Datum:

\* nehodící se škrtněte