



Vážení rodiče a zákonní zástupci,

obracím se na Vás za účelem získání Vašeho Individuálního informovaného souhlasu, na jehož základě mohu s žákem vést individuální konzultace podle jeho potřeb a dle domluvy v rámci pozice školního psychologa ve školském poradenském zařízení.

Bez souhlasu není možné s žákem pracovat, pokud se nejedná o výjimky (krizová intervence, ohrožení fyzického a psychického zdraví).

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. Při práci se školní psycholog řídí etickými normami své profese a je nezávislým odborníkem. Vykonává činnosti poradenské, konzultační, diagnostické, metodické a informační. Veškeré získané informace jsou důvěrné a jsou vázány profesním tajemstvím.

Jiný pedagog školy či odborník bude o obsahu konzultace informován pouze za účelem zajištění vyšší kvality výuky a péče se souhlasem žáka a jeho zákonných zástupců.

Služby školního psychologa jsou poskytovány pro žáky i jejich zákonné zástupce bezplatně.

Individuální informovaný souhlas platí po celou dobu školní docházky žáka a je možné jej kdykoliv odvolat i udělit.

Konzultaci se školní psycholožkou je možné sjednat osobně v konzultačních hodinách či po předchozí domluvě, pomocí:

E-mailu: psycholog@zsmilevsko.cz

Telefon: **720 831 306**

Mgr. Bc. Markéta Novotná

Školní psycholožka

**INDIVIDUÁLNÍ INFORMOVANÝ SOUHLAS K ČINNOSTI ŠKOLNÍHO
PSYCHOLOGA**

Jméno a příjmení žáka:	
Datum narození:	
Třída:	

Zakroužkujte zvolenou možnost:

UDĚLUJI – NEUDĚLUJI souhlas s poskytováním individuálních konzultací školním psychologem výše uvedenému žákovi.

Svým podpisem zároveň stvrzuji, že jsem seznámen(a) s informacemi uvedenými na straně 1 a že jim rozumím v plném rozsahu.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Telefon:

E-mail:

.....

Datum

.....

Podpis zákonného zástupce