

**Individuální informovaný souhlas s činností školního psychologa pro školní rok
2024/2025 – do odvolání.**

Název školy: Gymnázium Ostrov

Kontakt na školního psychologa:

Bc. Kateřina Majerová, majerova@gymmostrov.eu

konzultační hodiny: pondělí 9:00-12:00 (po domluvě)

Popis konkrétní psychologické poradenské služby:

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození žáka:

Telefonický kontakt a e-mail zákonného zástupce:

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 o tom, jaká jsou má práva a povinnosti spojené s poskytováním poradenských služeb; včetně práva požádat o poskytnutí poradenské služby.

Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny (možné telefonicky, e-mailem, formou individuální schůzky po domluvě).

Souhlasím/nesouhlasím* s předáním zjištěných informací, které mohou zlepšit poskytování podpůrných opatření ve škole našemu dítěti.

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.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že individuální souhlas platí po celou dobu školní docházky a je možné kdykoliv jej odvolat i udělit.

Svým podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované poradenské služby.

.....

Podpis zákonného zástupce

.....

Datum

*nehodící se škrtněte