ZŠ TGM Milovice

**Individuální informovaný souhlas 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):PhDr. Jitka Čmuhařová, e-mail: psycholog@zsmilovice.cz |
| Jméno a příjmení žáka/yně: | 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 byla/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 seznámena/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 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\*

………………………………………. ………………………………… Podpis zákonného zástupce Datum  |

\*nehodící se škrtněte