

Individuální informovaný souhlas rodiče/zákonného zástupce s činností školního psychologa

Název školy: Gymnázium Aloise Jiráska, T. G. Masaryka 590, Litomyšl

Popis konkrétní poradenské služby, pro kterou je souhlas sjednáván včetně jejího časového rozvržení:	
Kontakt na školního psychologa poskytujícího službu (jméno, telefon, e-mail): Mgr. Vlasta Tvrdíková, tel: +420 608 252 859, mail: tvrdikova@glit.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 podpurných 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

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 rodiče/zákonného zástupce Datum

*nehodící se škrtněte