



Individuální informovaný souhlas se systematickou prací školního psychologa

(podle § 1, odst. 2 a 3 vyhl. 72/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních)

Souhlasím s poskytnutím poradenské služby: např. individuální konzultace, terapeutický rozhovor, relaxační cvičení, aj.

(uved'te konkrétně nebo navrhne školní psycholožka)

.....
.....

Rozsah služby:.....

Termín a čas:.....

Služba bude poskytnuta: školní psycholožkou PhDr. Milenou Křížovou Tichou

Pro (jméno a příjmení dítěte, klienta):

Já (jméno a příjmení zákonného zástupce, podpis)

Já (jméno a příjmení zákonného zástupce, podpis)

potvrzuji, že jsem byl/a předem informován/a o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech nabízené poradenské služby, o všech předvídatelných rizicích a nevýhodách, které mohou vyplynout z poskytované poradenské služby, prospěchu, který je možné očekávat, i o možných následcích toho, když poradenská služba nebude poskytnuta.

S poskytnutím ústní zprávy o dítěti: třídnímu učiteli, vyučujícím, výchovnému poradci, aj.
(uved'te konkrétně)

.....

souhlasím / nesouhlasím (správné podtrhněte)

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

Podpis zákonného zástupce: