Fi – 35

|  |
| --- |
| **Individuální informovaný souhlas rodiče/zákonného zástupce s činností školního psychologa** |
| Popis poradenské služby, pro kterou je souhlas sjednáván včetně jejího časového rozvržení: *Školní psycholog poskytuje individuální psychologické poradenství (pomoc klientům v náročných životních situacích, klientům s emočními problémy a problémy v mezilidských vztazích, konzultace při problémech s učením, výchovných problémech apod.). Využívá standardních metod a postupů pro diagnostiku a terapii.**Individuální konzultaci s psychologem si sjednává žák po podpisu tohoto souhlasu (v případě nezletilého žáka po podpisu zákonného zástupce). Počet a termíny dalších schůzek určuje psycholog po dohodě s klientem, s ohledem na průběh intervence. V průběhu nebo po ukončení intervence může psycholog navrhnout opatření na  podporu klienta při dalším studiu.*  |
| Kontakt na školního psychologa poskytujícího službu:**Mgr. Alexindra Bonomini Bláha**, tel.: 605 768 023, email: blaha@gjkt.cz  |
| Jméno a příjmení žáka:  |  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 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 seznámen/a s tím, že o provedené poradenské službě je školním psychologem vedena dokumentace, která je v souladu s platnými předpisy archivována a je s ní nakládáno jako s citlivými údaji.  |
| Svým podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované poradenské služby. |
| Podpis rodiče/zákonného zástupce: Podpis žáka (v případě zletilosti):  |  Datum:  |