



## Základní škola a mateřská škola Ostrava – Bělský Les, B. Dvorského 1, příspěvková organizace

Základní škola a mateřská škola B. Dvorského 1049/1, 700 30 Ostrava – Bělský Les

---

### Informovaný souhlas s poskytnutím poradenské služby školního psychologa

Jméno a příjmení žáka/žákyně: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Třída: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

Telefon/email zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

Frekvence a rozsah spolupráce: bude upřesněno na základě aktuální potřeby.

Souhlasím s poskytováním individuálního poradenství ve formě konzultací se školní psycholožkou Mgr. Monikou Urbanovou. Informace získané v průběhu individuálních konzultací jsou sdělovány výhradně zákonnému zástupci žáka/žákyně ve formě a rozsahu umožňující zachování důvěry ke školní psycholožce. Dalším osobám (třídní učitel, pedagogové, vedení školy apod.) jsou sdělovány pouze se souhlasem zákonného zástupce a žáka/žákyně. Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámena s důvodem konzultací, povahou a rozsahem spolupráce. Souhlasím, aby po dobu spolupráce byly uchovávány materiály, které žák/žákyně vytvoří nebo se k němu(ní) jinak vztahují (depistáž, záznamy z pozorování a rozhovorů, výstupy psychologických technik, zprávy odborných pracovišť). Svůj souhlas s poskytnutím individuální poradenské služby školního psychologa mohu kdykoli odvolat.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce

Kontakt na školní psycholožku: monika.urbanova@zsdvorskeho.eu, tel. 595 700 601