



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 žaka/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. Olhou Matiash. Informace získané v průběhu individuálních konzultací jsou sdělovány výhradně zákonnému zástupci žaka/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 žaka/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 kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že všichni zákonní zástupci jsou informovaní o poskytované poradenské službě u nezletilého žaka.

Datum

Podpis zákonného zástupce

Kontakt na školní psycholožku: olha.matiash@zsdvorskeho.eu, tel. 595700601

