



INDIVIDUÁLNÍ INFORMOVANÝ SOUHLAS S ČINNOSTÍ ŠKOLNÍHO PSYCHOLOGA

Souhlasím s tím, aby žák/žákyně _____ spolupracoval/a se školní psycholožkou v rámci individuální konzultace.

Třída: _____

Důvod spolupráce:

Rozsah spolupráce: _____

Jsem seznámen/a s tím, že informace získané v průběhu individuálních konzultací jsou sdělovány výhradně zákonnému zástupci dítěte. Dalším osobám (třídní učitel, vedení školy, apod.) jsou sdělovány pouze s jeho souhlasem.

Souhlasím, aby po dobu spolupráce byly uchovávány materiály, které dítě vytvoří nebo se k němu jinak vztahují (záznamy z pozorování a rozhovorů, výstupy psychologických technik, zprávy odborných pracovišť aj.).

Svůj souhlas s individuální spoluprací s psychologem mohu kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Kontakt (e-mail, tel.):

V _____ Dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Školní psycholožka: **Mgr. et Mgr. Nikola Frkalová, nikola.frkalova@zsstaraboleslav.cz**