**Individuální informovaný souhlas s činností školního psychologa pro školní rok:**

Název školy: Základní škola Sokolov, Švabinského 1702

Popis konkrétní plánované poradenské služby, pro kterou je souhlas sjednáván včetně jejího časového rozvržení:

Kontakt na školního psychologa poskytujícího službu:

Mgr. Andrej Mészáros, meszaros@6zs-sokolov.cz

Jméno a příjmení žáka/žákyně:

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/mému 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.
* Svým podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované poradenské služby.

………………………………………. ……………………………………… Podpis rodiče/zákonného zástupce Datum

\*nehodící se škrtněte