**Základní škola, Ostrava – Poruba, K. Pokorného 1382, příspěvková organizace**

**Individuální informovaný souhlas rodiče/zákonného zástupce s činností školního psychologa**

|  |
| --- |
| Popis konkrétní poradenské služby, pro kterou je souhlas sjednáván: |
| Kontakt na školního psychologa poskytujícího službu:**Mgr. Hana Stachová****hana.stachova@zspokorneho.cz** |
| Příjmení a jméno 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 možno očekávat, a o všech předvídatelných důsledcích, které mohou vyplynout z poskytování poradenské služby, i o možných následcích, pokud tato služba nebude poskytnuta, o právech a povinnostech spojených s poskytováním poradenských služeb včetně práva žádat kdykoliv poskytnutí poradenské služby znovu.
 |
| * 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, sociální pedagog, školní metodik prevence) v případě, že to bude nezbytně nutné k zajištění vzdělávání a péče o dítě a bude to v jeho zájmu.
 |
| * 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:**………….……………………………………………………………. …………….. Jméno a příjmení (hůlk.písmem) a podpis rodiče/zák.zástupce Datum |

\*Nehodící se škrtněte