



Informovaný souhlas rodičů s činností školního psychologa

Informovaný souhlas udělují psychologovi rodiče **jednorázově** na předtištěném formuláři, který obsahuje **přesnou informaci o činnosti (činnostech), kterou bude psycholog s dítětem (dětmi) vykonávat**. Individuální informovaný souhlas rodičů je nezbytnou podmínkou při takové činnosti (vyšetření), kdy dochází k práci s daty konkrétního žáka, kdy odborník pracuje jak s citlivými, tak důvěrnými daty např. pro diagnostiku třídních kolektivů a psychokorektivní činnost s třídními kolektivy, pro zařazení dítěte do skupiny osobnostního rozvoje, do psychoterapeutické nebo do reedukační skupiny, pro účast dítěte na výjezdových aktivitách s psychologickou či psychodiagnostickou náplní, pro individuální psychologické vyšetření dítěte, pro zařazení dítěte do dlouhodobé péče školního psychologa a pro jakékoli další individuální aktivity s dítětem.

Zjištění psychologa o dítěti, která jsou výsledkem odborných činností podléhajících individuálnímu souhlasu rodičů, jsou sdělována výhradně rodičům dítěte. Na vyžádání rodičů je školním psychologem bezplatně vystavena a rodičům osobně předána zpráva z psychologického vyšetření dítěte. K poskytnutí ústní nebo písemné zprávy o dítěti vyučujícímu (např. třídnímu učiteli, výchovnému poradci, apod.) musí získat školní psycholog zvláštní souhlas rodičů.

Formulář souhlasu s činností školního psychologa

Název školy:

Střední škola obchodu, služeb a řemesel a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky, Tábor, Bydlišského 2474

Individuální informovaný souhlas zákonného zástupce / zletilého žáka s činností školního psychologa.

Popis konkrétní poradenské služby, pro kterou je souhlas sjednáván včetně jejího časového rozvržení:		
Kontakt na školního psychologa poskytujícího službu (jméno, telefon, e-mail): Mgr. Jana Řičařová Tel.: +420 393 033 222, +420 606 610 898 E-mail: ricarova.jana@ssjs-tabor.cz		
Jméno a příjmení žáka/yně:	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 byla/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 mně / našemu dítěti. – Dále souhlasím/nesouhlasím* s předáním dalších informací o mně / našem dítěti kompetentním pracovníkům školy (např. třídní učitel, výchovný poradce) v případě, že to bude nezbytně nutné k další péči o mně / naše dítě a v zájmu mém / našeho dítěte. – Byl/a jsem seznámena/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 zákonného zástupce / zletilého žáka		 Datum
V případě individuálního nebo skupinového psychologického vyšetření: – Byl/a jsem seznámen/a s výsledky individuálního/skupinového vyšetření a sdělení jsem plně porozuměl/a ANO/NE* – Byla mi předána písemná zpráva z individuálního vyšetření ANO/NE*		
..... Podpis zákonného zástupce / zletilého žáka		 Datum

*nehodící se škrtněte