

INDIVIDUÁLNÍ INFORMOVANÝ SOUHLAS S ČINNOSTÍ ŠKOLNÍHO PSYCHOLOGA

Základní škola a mateřská škola Pardubice – Pardubičky, Kyjevská 25

Souhlasím s tím, aby školní psycholog v ZŠ Pardubičky spolupracoval s mým dítětem.

Jméno: Nar.

Třída:

Důvod, povaha a rozsah spolupráce:

.....
.....
.....

Jsem seznámen s tím, že informace získané v průběhu individuálních konzultací jsou sdělovány výhradně zákonnému zástupci dítěte a to ve formě a rozsahu umožňující zachování důvěry dítěte ke školnímu psychologovi. 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 jinak k němu vztahují (depistáž, záznamy z pozorování a rozhovorů, výstupy psychologických technik, zprávy odborných pracovišť). Svůj souhlas s individuální spoluprací s psychologem mohu kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

E-mailová adresa: Tel. číslo:

V: dne: Podpis zákonného zástupce:

INDIVIDUÁLNÍ INFORMOVANÝ SOUHLAS S ČINNOSTÍ ŠKOLNÍHO PSYCHOLOGA

Základní škola a mateřská škola Pardubice – Pardubičky, Kyjevská 25

Souhlasím s tím, aby školní psycholog v ZŠ Pardubičky spolupracoval s mým dítětem.

Jméno: Nar.

Třída:

Důvod, povaha a rozsah spolupráce:

.....
.....
.....

Jsem seznámen s tím, že informace získané v průběhu individuálních konzultací jsou sdělovány výhradně zákonnému zástupci dítěte a to ve formě a rozsahu umožňující zachování důvěry dítěte ke školnímu psychologovi. 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 jinak k němu vztahují (depistáž, záznamy z pozorování a rozhovorů, výstupy psychologických technik, zprávy odborných pracovišť). Svůj souhlas s individuální spoluprací s psychologem mohu kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

E-mailová adresa: Tel. číslo:

V: dne: Podpis zákonného zástupce: