

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Souhlasím s tím, aby můj syn/moje dcera (jméno a příjmení)

Školní rok / Třída

_____ / _____

docházel/a ke školní psycholožce (Mgr. Zuzana Šimková, e-mail: simkova@zssvehlova.cz, tel. +420 777 700 783) na individuální konzultace, jejichž tématem bude:

***ano / ne**

Zákonný zástupce souhlasí také s tím, aby školní psycholožka informovala o podstatných skutečnostech vztahujících se k individuální práci s jeho dítětem vyučující, jichž se mohou tyto informace týkat. Všechny sdělované skutečnosti jsou považovány za důvěrné a mají sloužit k podpoře žáka/yně školy.

***ano / ne**

Zákonný zástupce byl srozumitelně informován o cílech, možných rizicích i přínosech práce s dítětem, a také o praktických detailech spolupráce (délka setkání, frekvence atd.).

Veškeré informace zjištěné o dítěti jsou považovány za důvěrné a jako takové podléhají ochraně dle zákona č. 110/2019 Sb., zákon o zpracování osobních údajů.

Bez souhlasu zákonného zástupce nemohou být sdělovány třetím osobám.

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Telefonický kontakt: _____

Datum: _____

Podpis zákonného zástupce: _____

***nehodící se škrtněte**