

## Individuální informovaný souhlas s činností školního psychologa na ZŠ Štěrboholy

**Souhlasím** s tím, aby synovi/dceři .....

byly poskytovány individuální služby školního psychologa.

**Souhlas je platný po dobu školní docházky do ZŠ Štěrboholy a lze jej kdykoli v průběhu studia písemně odvolat.** Jsem seznámen/a 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 uchovány materiály, které dítě vytvoří nebo se k němu vztahují.

Činnost školního psychologa ve škole je komplexní služba žákům, jejich rodičům a pedagogům, která vychází ze standardních činností vymezených ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních. Školní psycholog vede dokumentaci v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. Informace z rozhovorů a šetření jsou důvěrné a nejsou bez souhlasu žáka či rodiče poskytovány dalším osobám. Výjimku tvoří informace o trestné činnosti, na kterou se vztahuje oznamovací povinnost. Školní psycholog nenahrazuje lékařskou péči jiného odborníka, který již případně s klientem-žákem pracuje. Rozumím, že mám právo vyhledat jiného/dalšího odborníka a/nebo souhlas s individuální prací školního psychologa odvolat.

Jméno zákonného zástupce: .....

Email, telefon na zákonného zástupce: .....

V ..... dne .....

.....

podpis zákonného zástupce