

Informovaný souhlas s činností školního psychologa

V průběhu docházky do školy mohou být vašemu dítěti poskytovány poradenské služby školního psychologa, který na škole působí jako součást školského poradenského pracoviště. Tyto služby jsou popsány ve vyhlášce č. 72/2005 Sb. o poradenských službách ve znění pozdějších předpisů.

Školní psycholog na škole působí jako odborník, jehož cílem je především předcházet školní neúspěšnosti žáků, preventivně působit proti nežádoucím sociálně patologickým jevům, zabezpečovat odbornou podporu při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, včetně žáků z jiného kulturního prostředí a žáků se sociálním znevýhodněním, žákům nadaným a mimořádně nadaným, podporovat průběžně a dlouhodobě žáky s neprospěchem a vytvářet předpoklady pro zvládnutí školní docházky, metodicky podporovat pedagogy při aplikaci psychologických a speciálně pedagogických poznatků a dovedností do vzdělávací činnosti školy.

Činnost školního psychologa může být vykonávána formou individuálních konzultací, které mohou být zaměřeny na rozvoj učebních dovedností s cílem předcházet školnímu neúspěchu, chování žáka s cílem podpořit žádoucí chování, osobní rozvoj a podporu s cílem pomoci zvládat zátěžové situace, rozvoj sociálních kompetencí s cílem posílit postavení ve skupině. Další činnosti školního psychologa jsou popsány ve školním řádu.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl informován o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech nabízených poradenských služeb.

Jsem seznámen s tím, že informace získané v průběhu individuálních konzultací mohou být sdělovány výhradně zákonnému zástupci dítěte, a to ve formě a rozsahu umožňující zachování důvěry dítěte ke školnímu psychologovi. Dalším osobám (třídní učitel, výchovný poradce apod.) jsou sdělovány pouze s jeho souhlasem.

Souhlasím, aby po dobu spolupráce byly uchovávány materiály, které dítě vytvoří nebo se jinak k němu vztahují.

Svůj souhlas s individuální spoluprací s psychologem mohu kdykoli odvolat.

Rozumím všem sdělením a souhlasím s nimi. Na základě poskytnutých informací

souhlasím

s poskytováním výše popsaných služeb školního psychologa mému synovi / mé dceři

..... nar., žákovi/ žákyni třídy.

Jméno a příjmení zákonného zástupce

V Ostravě dne

Podpis zákonného zástupce.....