**Individuální informovaný souhlas zákonného zástupce s činností školního psychologa**

Název školy: Obchodní akademie a střední škola polytechnická Veselí nad Moravou, příspěvková organizace

|  |
| --- |
| **Popis konkrétní psychologické služby** |
| Kontakt na školního psychologa: Mgr. Jakub Větříšek, vetrisek@oaveseli.cz, 737053109 |
| **Jméno a příjmení žáka/žákyně** 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 byl/a informován/a o tom, jaká jsou má práva a povinnosti spojené s poskytováním poradenských služeb; včetně práva požádat o poskytnutí poradenské služby.
* Souhlasím s předáním dalších informací o dítěti kompetentním pracovníkům školy (např. třídní učitel, výchovný poradce apod.) ve formě doporučení v případě, že to bude nezbytně nutné k další péči o dítě a v zájmu dítěte.
* Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.
* Byl/a jsem seznámena se skutečností, že individuální souhlas platí po celou dobu školní docházky a je možné kdykoliv jej odvolat i udělit.
* Souhlasím, aby byla uchovávána nezbytná dokumentace týkající se spolupráce žáka a školního psychologa, a to v souladu s GDPR (dokumentace je uzamčena u školního psychologa, ostatní pedagogičtí pracovníci k ní nemají přístup).

Svým podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované psychologické služby. V …………………………………………………. dne ……………………………………………Podpis zákonného zástupce ………………………………………………………………………… |