

INDIVIDUÁLNÍ INFORMOVANÝ SOUHLAS S ČINNOSTÍ ŠKOLNÍHO PSYCHOLOGA

Činnost školního psychologa ve škole je samostatná poradenská činnost, která není přímou součástí vzdělávací činnosti školy. Jedná se o komplexní službu 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 poradenských zařízeních a z koncepce poradenských služeb školy.

Rodiče/zákonní zástupci tímto udělují v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších změn, individuální informovaný souhlas s činností školního psychologa.

Souhlasím, aby školní psycholog:

- poskytl v případě potřeby úvodní poradenskou konzultaci dítěti při adaptaci na pobyt;
- poskytl krizovou intervenci dítěti, pokud se ocitne v psychicky mimořádně náročné situaci;
- poskytoval dítěti pravidelnou podporu při zvládání nároků spojených s pobytem v zařízení nemocnice či při řešení osobních problémů;
- vytvářel podmínky k maximálnímu využití potenciálu dítěte;
- pomáhal při adaptaci a zvládání školní zátěže dítěte v kooperaci a na doporučení učitelů formou konzultací, poradenství s použitím orientačních diagnostických nástrojů (mimo tuto oblast také k mapování profesní orientace);
- v případech potřeby a po dohodě se zákonnými zástupci se dítěti pravidelně terapeuticky věnoval

Jméno a příjmení dítěte:

Byli jsme informováni o činnosti školního psychologa ve vztahu k našemu dítěti a souhlasíme s výše uvedeným působením tohoto odborníka v ZŠ a MŠ při Nemocnici Na Bulovce, do níž je naše dcera/náš syn zapsán.

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

podpis rodiče/zákonného zástupce

