**Individuální informovaný souhlas s činností školního psychologa**

Činnost školního psychologa je samostatnou poradenskou činností, 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, ve znění pozdějších předpisů a z Programu poradenských služeb školního poradenského pracoviště Základní školy Charlotty Masarykové, Praha 5 – Velká Chuchle.

Vykonává činnosti poradenské, konzultační, diagnostické, metodické a informační. Při práci se psycholog řídí etickými normami své profese a je nezávislým odborníkem. Veškeré informace, které školní psycholog při své práci získá, jsou vázány profesním tajemstvím.

**Zákonní zástupci dítěte navštěvujícího**

**Základní školu Charlotty Masarykové, Praha 5 – Velká Chuchle, udělují**

v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a s vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

**individuální souhlas s činností školního psychologa k realizaci psychologické poradenské služby**

**a svým podpisem stvrzují, že souhlasí, aby školní psycholog:**

**(popis konkrétní psychologické poradenské služby)**

• …………………………….

• …………………………….

**a dále svým podpisem také stvrzují, 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 byla/a informován/a o tom, jaká jsou má práva a povinnosti spojené s poskytováním poradenských služeb; včetně práva požádat o poskytnutí poradenské služby.
* jsem měl/a možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.
* souhlasím s předáním zjištěných informací o dítěti kompetentním pracovníkům školy (např. třídní učitel, výchovný poradce či další pracovníci školního poradenského pracoviště), které mohou zlepšit poskytování podpůrných opatření ve škole našemu dítěti,
* souhlasím s předáním dalších informací o dítěti kompetentním pracovníkům školy (např. třídní učitel, výchovný poradce či další pracovníci školního poradenského pracoviště) v případě, že to bude nezbytně nutné k další péči o naše dítě a v zájmu dítěte
* souhlasím s vedením archivace v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů a GDPR
* souhlasím s nahlížením školního psychologa v případě potřeby do školní dokumentace žáka.

**Svůj souhlas mohou zákonní zástupci kdykoliv následně písemně odvolat.**

**Kontakt na školního psychologa: Mgr. Alžběta Gregušová,** **gregusova@zschuchle.cz**

Jméno a příjmení žáka: ………………………………………………………………….datum narození:……………………………. třída: …………………..

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ………………………………………………………………………………………………….……..

V Praze dne: ……………………………………… podpis: ………………………………………………………..