INDIVIDUÁLNÍ SOUHLAS S ČINNOSTÍ ŠKOLNÍHO PSYCHOLOGA

Vážení rodiče,

obracím se na Vás za účelem získání Vašeho Individuálního souhlasu, na základě kterého mohu s žákem vést individuální konzultace. Tyto konzultace se mohou odehrávat v čase vyučování, nebo případně po něm. Konzultace s dítětem, rodiči či s jinými zákonnými zástupci jsou důvěrné a ani pedagog školy nemůže být bez Vašeho souhlasu o konkrétním obsahu konzultací informován.

Služby školního psychologa jsou poskytovány pro žáky i jejich zákonné zástupce bezplatně.

Jako zákonný zástupce máte právo být seznámen s obsahem konzultací. Pokud by se rodiče či jiní zákonní zástupci rozhodli Individuální souhlas s činností školního psychologa neudělit, nemá školní psycholog právo žákovi individuální konzultace poskytovat.

Konzultaci je možné v případě potřeby realizovat i online formou.

Mgr. Romana Kukurdíková telefonický kontakt: **734 693 039**

školní psycholog

**UDĚLUJI --- NEUDĚLUJI** souhlas s poskytováním individuálních konzultací školním psychologem níže uvedenému žákovi.

Jméno žáka/žákyně: ..................................................................... Třída: ……………

Jméno zákonného zástupce: .......................................................

Ve ............................................................................................. dne: ..........................................

Podpis: .............................................................................