

Dohoda o poradenské službě poskytované školní psycholožkou

Souhlasím s poskytováním individuální psychologické poradenské služby školní psycholožkou.

Jméno a příjmení žáka:

--

Datum narození:

--

Dohodnutá zakázka/cíl, případně rozsah spolupráce:

--

(vyplňuje školní psycholožka)

Souhlasím s tím, že zákonný zástupce bude o spolupráci se školní psycholožkou informován v rozsahu, na kterém se se školní psycholožkou vzájemně domluvíme. Výjimku představují situace, kdy jsem já, žák/žákyně, či někdo z okolí, ohrožen/a na zdraví a/nebo na životě – školní psycholožka má povinnost tuto informaci předat zákonnému zástupci.

Souhlasím s předáním informací kompetentním pracovníkům školy (např. třídní učitel, výchovný poradce, školní metodik prevence) v případě, že to bude nezbytně nutné k další péči a v mém zájmu. Na tomto kroku se se školní psycholožkou společně domluvíme.

Beru na vědomí, že školní psycholožka je vázána mlčenlivostí a že existují výjimky z této mlčenlivosti stanovené zákonem.

Beru na vědomí, že školní psycholožka si o své práci vede dokumentaci, která je uchovávána v souladu s GDPR (dokumentace je uzamčena v pracovně školní psycholožky, ostatní pedagogičtí pracovníci školy k ní nemají přístup). Dokumentace související s individuálním psychologickým poradenstvím je po uplynutí dvou let od archivace zničena.

Prohlašuji, že rozumím účelu a průběhu poskytované služby, že jsem měl/a prostor klást otázky a že mi byly školní psycholožkou dostatečně zodpovězeny.

Prohlašuji, že dohodu o spolupráci uzavírám dobrovolně, ze své vlastní vůle.

Psychologickou poradenskou službu poskytuje školní psycholožka Mgr. Klára Kožnarová (tel: 724 990 490, email: koznarova@szscb.cz).

datum a podpis žáka/žákyně
