

## **Individuální informovaný souhlas zletilého studenta s činností školního psychologa**

Souhlasím s poskytováním individuálních konzultací školním psychologem.

### **Jméno a příjmení studenta**

### **Datum narození**

### **Třída**

### **Důvod, povaha, rozsah spolupráce:**

Souhlasím s tím, že informace získané v průběhu individuálních konzultací nebudou sdělovány zákonným zástupcům (výjimku představují situace ohrožující zdraví studenta či jeho okolí).

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.

Souhlasím, aby byla uchovávána nezbytná dokumentace týkající se mé spolupráce se školním psychologem, a to v souladu s GDPR (dokumentace je uzamčena u školního psychologa, ostatní pedagogičtí pracovníci k ní nemají přístup). Dokumentace je po uplynutí dvou let od archivace zničena.

Byl/a jsem seznámena se skutečností, že individuální souhlas platí po celou dobu školní docházky a je možné jej kdykoli odvolat i udělit.

Individuální informovaný souhlas není potřeba v prvotním kontaktu studenta se školním psychologem a v případě, že má poskytovaná služba podobu krizové intervence, tedy v akutní mimořádně náročné psychické situaci, jejíž řešení nesnese odkladu. Krizová intervence může probíhat v jednom, ale i ve více setkáních, závažnost situace je posuzována individuálně.

### **Kontakt na školního psychologa poskytujícího službu:**

Mgr. Klára Kožnarová, koznarova@szscb.cz, tel.: 724 990 490

### **Svým podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované poradenské služby:**

datum a podpis studenta