

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická České Budějovice, Husova 3

Individuální informovaný souhlas zákonného zástupce nezletilého studenta s činnostmi školního psychologa

Souhlasím s poskytováním individuálních konzultací školním psychologem níže uvedenému studentovi.

Jméno a příjmení studenta

Datum narození

Třída

Důvod, povaha, rozsah spolupráce:

Souhlasím s tím, že informace získané v průběhu individuálních konzultací mohou být sdělovány zákonnému zástupci studenta v rozsahu vyplývajícím ze vzájemné dohody školního psychologa a studenta (výjimku představují situace ohrožující zdraví dítěte či jeho okolí).

Souhlasím s předáním informací o studentovi kompetentním pracovníkům školy (např. třídní učitel, výchovný poradce, školní metodik prevence) v případě, že to bude nezbytně nutné k další péči o studenta a v jeho zájmu.

Souhlasím, aby byla uchovávána nezbytná dokumentace týkající se spolupráce studenta a školního psychologa, 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.: 383 023 023 (sborovna)

Svým podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované poradenské služby:

datum a podpis zákonného zástupce