**Individuální informovaný souhlas s poradenskou službou**

Jméno žáka: ……………………………………………….……………………….…………………..…

Datum narození: …………………………………………………………..……………………………...

Škola: Základní škola, Uherské Hradiště, Sportovní 777, p. o., třída: …….………………………………

Druh poskytované péče: *zakroužkovat požadované*

1. psychologické konzultace,
2. dlouhodobější práce se žákem,
3. program zaměřený na volbu povolání,
4. psychologické vyšetření,
5. práce s třídním kolektivem zaměřená na………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

1. jiné: ……………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

Se získanými informacemi bude psycholožkou nakládáno dle vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních v platném znění a dle ostatních souvisejících platných předpisů.

Na základě poučení **souhlasím s realizací odborné péče pro svého syna/dceru.**

V …………………………………………………………..…    dne ……………………………………

Podpis zákonného zástupce:……………………………..……………………………………………….

Podpis pracovníka školy, který souhlas přijal: ……………………..……………………………………

Mgr. et Mgr. Pavla Vlčnovská

 tel.: 576 514 449

 e-mail: psycholog@zsuhsportovni.cz