

Informovaný souhlas rodičů a zletilých žáků a studentů s činností školního psychologa

SZŠ a VOŠZ Ostrava, příspěvková organizace

Rodič/zákonný zástupce žáka (jméno a příjmení):

.....

Souhlasím s tím, aby školní psycholog v SZŠ a VOŠZ Ostrava spolupracoval s mým dítětem:

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Popis a účel služby: **Individuální konzultace zaměřeny na psychologicko-podpůrnou péči**

Činnost školního psychologa ve škole je komplexní služba žákům, jejich rodičům a pedagogům, která vychází ze standardních činností vymezených ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Školní psycholog si vede dokumentaci v souladu s platnou legislativou na ochranu osobních údajů. Informace z rozhovorů a šetření jsou důvěrné a nejsou poskytovány dalším osobám. Výjimku tvoří informace o trestné činnosti, na niž se ze zákona vztahuje oznamovací povinnost.

Veškerá dokumentace školního psychologa je archivována, přístup k dokumentaci o žákovi mají pouze rodiče nebo zákonní zástupci. K poskytnutí ústní nebo písemné zprávy vyučujícímu potřebuje psycholog zvláštní souhlas zákonného zástupce.

Odbornost služeb zajišťuje Mgr. Lucie Svobodová.

Doba zpracování osobních údajů trvá po dobu, kdy je dítě žákem školy a doba uložení se řídí platným skartačním řádem školy a legislativní povinností.

Jsem si vědom/vědoma toho, že tento souhlas platí po celou dobu studia mého dítěte na SZŠ a VOŠZ Ostrava, příspěvkové organizaci, a že tento souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

V.....dne.....Podpis zákonného zástupce: