

Informovaný generální souhlas rodičů s činností školního psychologa

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození žáka:

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím, aby školní psycholog¹ působící na Prvním soukromém jazykovém gymnáziu Hradec Králové:

- poskytl poradenské služby mé dceři/mému synovi, pokud jej sama/sám vyhledá. Pokud se tato individuální konzultace změní v dlouhodobou spolupráci, budu jako rodič informován o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech poradenské služby.
- zajišťoval skupinové aktivity či pracoval s třídními kolektivy. Může se jednat například o vedení programů, které vedou ke zlepšování vztahů ve třídě, k vytipování problémových vztahů mezi žáky a k jejich nápravě. Jedná se zejména o práci ve třídě vedené sebezkušenostní formou, různé diskuze, anonymní dotazníky atd.
- realizoval adaptační kurzy za účelem zkvalitnění vztahů v třídním kolektivu.

Ústní nebo písemné zprávy o dítěti může školní psycholog poskytnout třídnímu učiteli, výchovnému poradci a vedení školy, kteří budou se získanými informacemi zacházet jako s důvěrnými podle Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 (GDPR – obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Spolupráci mého dítěte se školním psychologem lze kdykoli na základě písemné žádosti ukončit.

¹ Jedná se o komplexní službu 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, z koncepce školního poradenského pracoviště školy.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím se spoluprací mého dítěte se školním psychologem při výše uvedených aktivitách, a že výše uvedenému dobře rozumím.

V _____ dne _____

Jméno zákonného zástupce:

Podpis zákonného zástupce:

Vyplněný dokument odevzdejte, prosím, dne 4. 9. 2023 **třídnímu učiteli.**