**Informovaný souhlas rodiče/zákonného zástupce se spoluprací školního psychologa**

**ZŠ Frýdlant nad Ostravicí, nám. T. G. Masaryka 1260, 739 11**

Rodič/zákonný zástupce (jméno a příjmení): ………………………………………………………………………..

Souhlasím s tím, aby školní psycholog ZŠ Frýdlant nad Ostravicí individuálně

spolupracoval s mým dítětem:

 Jméno a příjmení žáka : ………………………………………………… třída: ………………………….

 Datum narození: ……………………………………

Popis a účel služby:

Individuální konzultace zaměřené na psychologicko-podpůrnou péči o žáka (např. rozhovory,

poradenství při obtížích v učení, chování nebo vztazích, podpora při náročných životních

situacích).

Důvěrnost:

Školní psycholog je vázán mlčenlivostí. Obsah individuálních konzultací zůstává důvěrný a

není předáván dalším osobám.

Základní informace potřebné pro zajištění podpory žáka mohou být se souhlasem rodiče

sdíleny v rámci školního poradenského pracoviště (např. s výchovným poradcem, školním

metodikem prevence nebo speciálním pedagogem), a to pouze v nezbytném rozsahu.

Výjimku z mlčenlivosti tvoří pouze skutečnosti, u nichž právní předpis ukládá oznamovací

povinnost (např. informace o trestné činnosti nebo závažném ohrožení dítěte).

Platnost souhlasu:

Tento souhlas platí po dobu školní docházky mého dítěte na ZŠ Frýdlant nad Ostravicí.

Souhlas mohu kdykoliv bez udání důvodu písemně odvolat.

Zpracování osobních údajů:

Osobní údaje uvedené v tomto formuláři jsou zpracovávány výhradně za účelem poskytování

poradenských služeb školního psychologa v souladu s nařízením (EU) 2016/679 (GDPR).

Odbornost služeb zajišťuje: Mgr. Pavlína Pokorná, školní psycholožka

Ve Frýdlantu nad Ostravicí, dne ………………………………………….

Podpis rodiče/zákonného zástupce: ……………………………………