

Informovaný souhlas

Souhlasím s vyšetřením mého syna/ mé dcery.....

nar.školní psycholožkou MŠ a ZŠ v Chotýšanech.

Předpokládaný účel psychologického vyšetření:

Adaptační obtíže
Posouzení školní zralosti
Selhávání při výuce
Zdravotní oslabení
Vztahové problémy ve škole
Nenadálé události v rodině
Výchovné problémy
Kariérové poradenství
Sociometrie třídy

Na základě poučení o účelu a průběhu návštěvy u školní psycholožky uděluji v této souvislosti souhlas se zpracováním a uchováním mnou poskytnutých osobních údajů o dítěti a rodině a materiálů z vyšetření dle odst. 5/ paragrafu 5 a ustanovení paragrafu 9 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění zákona, po dobu vymezenou příslušnými předpisy pro archivaci dat.

.....
Podpis rodiče, zákonného zástupce

Z každého psychologického vyšetření předávám rodičům dvě zprávy. Předchází tomu konzultace s nad výsledky vyšetření, je konzultován také následný doporučený postup, návrh kontrolního vyšetření.

Školní psycholožka zprávu z vyšetření školy neposkytuje.

V Chotýšanech dne

Podpis rodiče, zákonného zástupce