



Základní škola a Mateřská škola Hlohovec, příspěvková organizace
Dolní konec 239, 691 43 Hlohovec, IČO 70982554, tel.: 519 354 107

ŽÁDOST O PORADENSKOU SLUŽBU ŠKOLNÍHO PORADENSKÉHO PRACOVISTĚ

Žadatel: _____

k žákovi – vyplňte tyto údaje:

Jméno a příjmení: _____ Datum narození: _____ Třída: _____

Kontakt na zákonného zástupce: _____

Důvod žádosti (popis problému):

Očekávaný výstup:

Konzultace TU/ pedagoga se zákonnými zástupci proběhla dne: _____

Další důležité poznámky: _____

Podpis žadatele: _____ Dne: _____

Žádost převzal/a: _____ Dne: _____

INFORMOVANÝ INDIVIDUÁLNÍ SOUHLAS s poskytnutím poradenských služeb a péče

Zákonný zástupce (jméno a příjmení): _____

Požaduji poskytnutí poradenské služby/ péče pro:

Jméno a příjmení žáka: _____

Datum narození: _____ Třída: _____

Důvody žádosti (zatrhněte):

- výchovné obtíže
- specifické vzdělávací potřeby
- osobní problémy a specifika žáka
- rodinné problémy
- jiné důvody: _____
- výukové potíže
- individuální/ skupinová psychologická diagnostika
- individuální/ skupinová psychologická péče

Prohlašuji, že jsem byl/a předem srozumitelně a jednoznačně informován/a o všech podstatných náležitostech poskytované poradenské služby, zejména obsahu, povaze, průběhu, rozsahu, délce, cílech a postupech poskytované poradenské služby, prospěchu, který je možné očekávat, a o všech předvídatelných důsledcích, které mohou vyplynout z poskytování poradenské služby, svých právech a povinnostech spojených s poskytováním poradenských služeb, včetně práva žádat kdykoli poskytnutí poradenské služby znovu nebo svou žádost i souhlas odvolat.

Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které byly poradenským pracovníkem zodpovězeny:

a) ANO

b) NE

V případě, že má být poradenská služba poskytnuta nezletilému dítěti, bylo přiměřeně poučeno, dostalo možnost klást doplňující otázky s ohledem k věku a rozumové vyspělosti.

Souhlasím/ nesouhlasím* se zpracováním a uchováním osobních údajů podle zákona Č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 - GDPR.

Souhlasím/ nesouhlasím* s poskytováním informací třetí osobě (psychoterapeuti, psychologové, psychiatři, neurologové, pracovníci OSPOD, SPC, PPP aj.) _____

Souhlasím/ nesouhlasím* s uvolněním svého dítěte z vyučovací hodiny za účelem konzultace u psychologa.

Souhlasím/ nesouhlasím * s předáním zjištěných informací o dítěti kompetentním pracovníkům školy (např. třídní učitel, výchovný poradce) v případě, že to bude nezbytně nutné k další péči o dítě a v zájmu dítěte.

Poučení provedl/a, jméno a příjmení, podpis: _____

Svým podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované poradenské služby:

Dne: _____ Podpis zákonného zástupce: _____

V případě individuálního/ skupinového psychologického/speciálně pedagogického vyšetření:

Byl/a jsem seznámena s výsledky individuálního/ skupinového vyšetření a sdělením jsem plně porozuměla:

a) ANO

b) NE

Byla mi předána písemná zpráva z individuálního vyšetření:

a) ANO

b) NE

Dne: _____ Podpis zákonného zástupce: _____