 **Gymnázium T. G. Masaryka, Hustopeče, p. o.**

**ŽÁDOST O PORADENSKOU SLUŽBU ŠKOLNÍHO PSYCHOLOGA**

**Mgr. Martiny Kriškové**

Žadatel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**k žákovi** – vyplňte údaje:

Jméno a příjmení žáka :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum narození :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Třída: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt na zákonného zástupce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Důvod žádosti (popis problému): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Očekáváný výstup: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Další důležité poznámky: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis žadatele: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žádost převzal/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMOVANÝ INDVIDUÁLNÍ 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:**

* **výchovné obtíže**
* **specifické vzdělávací potřeby**
* **osobní /vztahové problémy a specifika žáka**
* **rodinné problémy**
* **výukové potíže**
* **individuální/ skupinová psychologická diagnostika**
* **individuální/ skupinová psychologická péče**
* **jiné důvody: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 školního 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, podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Svým podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované poradenské služby:

Dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V případě individuálního/ skupinového psychologického:**

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_