

Souhlas zákonného zástupce dítěte s činností školního psychologa/psychoterapeuta

Činnost školního psychologa ve škole je komplexní služba 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. Školní psycholog si vede dokumentaci v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Informace z rozhovorů a šetření jsou důvěrné a nejsou bez souhlasu žáka či rodiče poskytovány dalším osobám. Výjimku tvoří informace o trestné činnosti, na niž se ze zákona vztahuje oznamovací povinnost.

Školní psycholog/psychoterapeut je pouze jedna z možností, kam se může zákonný zástupce obrátit. Nenahrazuje péči lékařskou či péči jiného odborníka, který již s klientem-žákem pracuje.

Školní psycholog/psychoterapeut je vázán mlčenlivostí. Zjištění psychologa/psychoterapeuta o dítěti, která jsou výsledkem odborných činností podléhajících individuálnímu souhlasu rodičů, jsou sdělována výhradně rodičům dítěte. Na vyžádání rodičů je školním psychologem/psychoterapeutem osobně předána ústní zpráva z terapeutického sezení s dítětem. K poskytnutí ústní informace o dítěti vyučujícím (např. třídnímu učiteli, výchovnému poradci, vedení školy, apod.) musí získat školní psycholog/psychoterapeut zvláštní souhlas rodičů či studenta. Veškerá dokumentace školního psychologa/psychoterapeuta je archivována. Přístup k dokumentaci o dítěti mají pouze rodiče (popř. děti).

Přístupy, které školní psycholog/psychoterapeut během konzultací používá, odpovídají jeho psychologickému či psychotherapeutickému vzdělání. Svoji psychologickou, terapeutickou a poradenskou práci s dětmi, jejich zákonnými zástupci a pedagogy reflektuje na supervizních či intervizních setkání při zachování anonymity jednotlivých žáků, zákonných zástupců, pedagogů.

Jako rodič a zákonný zástupce rozumím, že mám právo vyžádat si informace o způsobu, metodě a předpokladu trvání konzultací školního psychologa/psychoterapeuta s dítětem. Rozumím, že své obavy či znepokojení ohledně práce s dítětem budu neprodleně se školním psychologem/psychoterapeutem komunikovat.

Rozumím, že mám právo kdykoliv pro své dítě vyhledat jiného/dalšího odborníka (psychologa, psychiatra) a mám právo kdykoliv souhlas s individuální prací školního psychologa/psychoterapeuta s dítětem odvolat písemnou či ústní formou.

Já (celé jméno) _____ tímto uděluji informovaný

souhlas s dlouhodobými individuálními konzultacemi se školním psychologem/psychoterapeutem pro

svého syna/svou dceru (celé jméno) _____, žáka/žačky 1.

základní školy Rakovník, který/která navštěvuje třídu _____.

Datum: _____

Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce: _____



1. základní škola, Rakovník, Martinovského 153

Martinovského 153, 269 01 Rakovník, IČ 47016973, tel./fax: +420 313 512 397

E-mail: 1zsrako@1zsrako.cz, reditel@1zsrako.cz, www.1zsrako.cz
