

Informovaný GENERÁLNÍ souhlas
s činností školního psychologa

k realizaci psychologické poradenské služby **pro Gymnázium Chomutov,**
Mostecká 3000, 430 01 Chomutov

Jméno a příjmení žáka, třída:

Datum narození žáka:

V případě, že je **žák nezletilý** – je nutné uvést níže i jména a příjmení rodičů (zákonných zástupců):

Matka:

Telefon:

E-mail:

Otec:

Telefon:

E-mail:

Svým podpisem *stvrzuji, že souhlasím*, aby školní psycholog¹ působící na našem Gymnáziu Chomutov:

- **poskytl psychologické služby**, a to v oblasti poradenské, metodické, informační, diagnostické, psychoterapeutické či krizově-intervenční, pokud tuto pomoc Vaše dítě samo, nebo po doporučení někoho z pedagogického sboru či školního poradenského pracoviště, vyhledá.

Pokud by se situace změnila, a z původní krátkodobé spolupráce (obv. 1-2, příp. 3-5 setkání) by bylo vhodnější spolupracovat po delší časové období, bude vždy **rodič u nezletilých žáků** o těchto skutečnostech informován s upřesněním povahy, rozsahu, trvání, doporučených postupů a směřování konkrétních cílů vztahujících se k poskytnuté poradenské službě;

- **zajišťoval skupinové aktivity či pracoval s třídními kolektivy** (může se např. jednat o vedení programů v rámci primární prevence, zlepšování vztahů ve třídě, k vytipování problémových vztahů mezi žáky a k jejich nápravě). Jedná se zejména o práci ve třídě vedené sebezkušenostní formou, různé tématické diskuse, příp. anonymní dotazníky atd.;
- **realizovat adaptační kurzy** za účelem zkvalitnění vztahů v třídním kolektivu;
- **spolupracoval s učiteli a školskými poradenskými pracovišti**, příp. dalšími odborníky (dle domluvy);
- poskytl podporu a vytvářel **podmínky k maximálnímu využití potenciálu dítěte** (např. náslechy v hodinách);
- **prováděl opatření** k posílení dobrého klimatu a pozitivní atmosféry ve škole.

Rozhodnou-li se rodiče, že tento informovaný (generální) souhlas nepodepsat, nemá školní psycholog právo jejich dítěti výše uvedené služby poskytovat.

Prohlašuji/prohlašujeme, že jsem/jsme byl/a/i srozumitelně informován/a/i o povaze, způsobu, rozsahu, cílech, postupech a prospěchu, který lze očekávat ve spolupráci a činnosti školního psychologa, a rozumím/e a souhlasím/e s působením tohoto odborníka ve škole.

Souhlas uděluji/udělujeme dobrovolně, souhlasu rozumím/e a měl/a/i jsem/jsme dostatek času k dotazům, které byly zodpovězeny. Beru/bereme na vědomí, že tento souhlas lze kdykoliv odvolat a spolupráci se školním psychologem na základě písemné žádosti ukončit.

Platnost trvá po celou dobu školní docházky. Veškeré informace jsou vázány **profesní mlčenlivostí**. Psycholog je **nezávislým odborníkem**, který se řídí etickými normami své profese. Pro první objednání či konzultaci je vhodné se vždy dostavit 5-10 minut před začátkem konzultačních hodin, které jsou stanoveny ve dnech **pondělí a čtvrtek od 14:00 do 17:00 hodin**.

Podpis zletilého žáka:

Podpis rodičů/zákonného zástupce:

V Chomutově dne:

¹Jedná se o komplexní službu žákům, jejich rodičům a pedagogům, která vychází ze standardních činností vymezených dle vyhl.č.72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, z koncepce školního poradenského pracoviště školy; a dále v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a GDPR