# Informovaný souhlas zletilého žáka o spolupráci se školním psychologem

### Souhlasím s tím, aby se mnou spolupracoval školní psycholog

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

### Popis a účel služby

### Individuální konzultace zaměřeny na psychologicko-podpůrnou péči

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 s platnou legislativou na ochranu osobních údajů.

Informace z rozhovorů a šetření jsou důvěrné a nejsou poskytovány dalším osobám. Výjimku tvoří informace o trestné činnosti, na niž se ze zákona vztahuje oznamovací povinnost.

Veškerá dokumentace školního psychologa je archivována, přístup k dokumentaci o žákovi mají pouze rodiče nebo zákonní zástupci. K poskytnutí ústní nebo písemné zprávy vyučujícímu potřebuje psycholog zvláštní souhlas zákonného zástupce.

Odbornost služeb zajišťuje Mgr. Lucie Svobodová.

Doba zpracovávání osobních údajů trvá po dobu, kdy je dítě žákem školy a doba uložení se řídí platným skartačním řádem školy a legislativní povinností.

**Jsem si vědom/vědoma toho, že tento souhlas platí po celou dobu mého studia na Střední průmyslové škole stavební Ostrava, příspěvkové organizaci, a že tento souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.**

V dne

Podpis žáka: