



## **Informovaný souhlas s poskytnutím poradenské služby**

(podle § 1, odst. 2 a 3 vyhl. 72/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních)

### **Souhlasím s poskytnutím poradenské služby: individuální psychologická konzultace**

Termín a čas: dle domluvy

Služba bude poskytnuta školní psycholožkou PhDr. Mgr. Olgou Krajčovou

**Pro (jméno a příjmení dítěte, klienta):**

**Datum narození:**

Já .....(jméno a příjmení zákonného zástupce/zletilého klienta) potvrzuji, že jsem byl/a předem informován/a o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech nabízené poradenské služby, o všech předvídatelných rizicích a nevýhodách, které mohou vyplynout z poskytované poradenské služby, prospěchu, který je možné očekávat, i o možných následcích toho, když poradenská služba nebude poskytnuta.

Souhlas je možné kdykoliv zrušit či obnovit.

Kontaktní údaje zákonného zástupce:

Tel.:

E-mail:

Datum:

Podpis zákonného zástupce/zletilého klienta: