ORBIS, Mateřská škola, Základní škola a Střední škola,
nám. T. G. Masaryka 1279, 760 01 Zlín

Individuální 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 zařízení)

Souhlasím s poskytnutím poradenské služby:

Opakované individuální psychologické konzultace

Termín a čas:

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: