**GENERÁLNÍ SOUHLAS**

**Informace zákonnému zástupci o tom, že ve škole působí školní psycholog**

**Souhlas zákonného zástupce žáka s poskytnutím psychologické poradenské služby dítěti**

Činnost školního psychologa ve škole je samostatná poradenská činnost, která není přímou součástí vzdělávací činnosti školy. Činnost školní psycholožky probíhá v souladu s vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních, ve znění pozdějších změn, a se Školním řádem Základní školy Emila Zátopka Zlín. Osobní údaje žáků, jejich zákonných zástupců a dalších osob zpracovávané a uchovávané pro účely této činnosti jsou chráněny podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších změn, a Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů (GDPR).

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím, aby školní psycholog:

* Spolupracoval s učiteli při vyhledávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků mimořádně nadaných.
* Podílel se na třídnických hodinách ve spolupráci s třídním učitelem.
* Poskytoval úvodní poradenskou konzultaci žákovi, který ho sám vyhledal.
* Poskytl krizovou intervenci žákovi, který se ocitnul v psychicky mimořádně náročné situaci.
* Spoluvytvářel podmínky k maximálnímu využití potenciálu žáka.
* Prováděl opatření k posílení pozitivní atmosféry ve škole a ve třídě ve spolupráci s třídním učitelem.
* Prováděl anonymní anketní šetření a průzkumy ve škole (např. vztah žáků k vyučovacím předmětům, výskyt rizikového chování apod.) a konzultoval zjištěné údaje s vedením školy, výchovným poradcem, školním metodikem prevence, třídním učitelem, při důsledném zachování anonymity jednotlivých žáků, kteří se šetření a průzkumů účastnili. Informoval rodiče na třídních schůzkách, či mimořádným sdělením o výsledcích anonymních anketních šetření a průzkumech, je-li to třeba.

Svým podpisem dáváte souhlas k realizaci poradenských služeb školního psychologa v základní rovině a rozsahu.

Rozhodnou-li se rodiče, že souhlas s činností školního psychologa nepodepíší, nemá školní psycholog právo jejich dítěti výše uvedené služby poskytovat. Váš souhlas/nesouhlas dáváte na celou dobu školní docházky a můžete jej v průběhu školní docházky kdykoliv změnit.

………………………………………………………*(nehodící se škrtá)*……………………………………………………….

Příjmení a jméno žáka (tiskacím): …………………………………………………………………………………..............

Třída: ………… Třídní učitel/ka: ……………………………………..................................................................................

Byli jsme informováni o činnosti školního psychologa ve škole, kterou naše dcera / náš syn navštěvuje.

**Souhlasím / Nesouhlasím** s poskytováním služeb (Generální souhlas) školního psychologa mému dítěti.

**Souhlasím se zpracováním a uchováním osobních údajů** podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších změn, a Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů (GDPR).

Zákonný zástupce žáka (příjmení a jméno tiskacím): ……………………………………………………………………….

Podpis zákonného zástupce nezletilého žáka: ……………………………………………………………………………….

Ve Zlíně dne: ……………………….. Poučení provedla: Mgr. Křenovská Marcela, Ph.D., školní psycholog

 Třídní učitel/ka