

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 konzultace

Rozsah služby:

Termín a čas: dle domluvy

Služba bude poskytnuta školní psycholožkou ZŠ Mazurská Mgr. Kateřinou Kopečnou

Pro (jméno a příjmení dítěte, klienta):

Datum narození:

Já(jméno a příjmení zákonného zástupce) 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.

Datum:

Podpis zákonného zástupce: