

**Individuální informovaný souhlas s poskytnutím poradenské služby (poradenské konzultace)
u psychologa ZŠ Valašská Bystřice**

(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:

.....

pro (jméno a příjmení dítěte, klienta):

datum narození:

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 možných následcích toho, když poradenská služba nebude poskytnuta.

Datum:

Podpis zákonného zástupce: