

Souhlas s individuální prací s dítětem v případě potřeby či projevení zájmu ze strany dítěte nebo rodiče:

*Souhlasím s poskytováním poradenských služeb školní psycholožky Mgr. Nikoly Stiborové s tím, že můj syn/moje dcera bude v případě potřeby v péči školní psycholožky, která s ním/s ní může odborně pracovat formou sezení, psychodiagnostických testů, metod i her, které budou probíhat individuálně. Přístup a aktivity budou uzpůsobeny aktuální problematice s ohledem na věk a potřeby dítěte.*

Jméno zákonného zástupce: .....

Kontakt na zákonného zástupce:.....

Jméno dítěte:..... třída:.....

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl/a obeznámen/a s náplní práce školního psychologa a všemi náležitostmi spojenými s využitím a poskytováním této služby na ZŠ Propojení, Sedlčany.

Datum:

Podpis zákonného zástupce/rodiče: