



INDIVIDUÁLNÍ INFORMOVANÝ SOUHLAS S ČINNOSTÍ SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA

Souhlasím s tím, aby žák/žákyně _____ spolupracoval/a se speciálním pedagogem v rámci individuální konzultace.

Třída: _____

Důvod spolupráce:

Rozsah spolupráce: _____

Jsem seznámen/a s tím, že informace získané v průběhu individuálních konzultací jsou sdělovány výhradně zákonnému zástupci dítěte. Dalším osobám (třídní učitel, vedení školy, apod.) jsou sdělovány pouze s jeho souhlasem.

Souhlasím s tím, že se náš syn/dcera bude účastnit speciálně pedagogických vzdělávacích činností, činností reedukačních, kompenzačních a stimulačních, které budou probíhat v rámci malé skupiny žáků nebo individuálně. Aktivita budou vybírány se zohledněním individuálních potřeb žáka i na základě případného doporučení školského poradenského pracoviště.

Souhlasím, aby po dobu spolupráce byly uchovávány materiály, které dítě vytvoří nebo se k němu jinak vztahují (záznamy z pozorování a rozhovorů, výstupy speciálních technik, zprávy odborných pracovišť aj.).

Svůj souhlas s individuální spoluprací se speciálním pedagogem mohu kdykoli odvolat.



Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Kontakt (e-mail, tel.):

V _____ Dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Školní psycholožka: **Mgr. Barbora Pavlíč Kvičinská,**
barbora.pavlic.kvicinska@zsstaraboleslav.cz