**Gymnázium sv. Moniky, T. Ševčenka 1, 080 01 Prešov**

**Univerzálny súhlas s činnosťou psychológa v škole**

(platný do ukončenia štúdia na škole)

Školský rok: 2021/2022

Meno a priezvisko žiaka: ......................................................................................

Trieda: .................

Činnosťou školského psychológa, na ktorú podpisom tlačiva zákonný zástupca dáva súhlas/nesúhlas, sa rozumie:

* spolupráca s učiteľmi pri vyhľadávaní žiakov so špecifickými potrebami,
* pomoc s vedením triednických hodín v spolupráci s triednym učiteľom,
* **poskytnutie úvodnej poradenskej konzultácie dieťaťu, ktoré ho samo vyhľadá,**
* **poskytnutie krízovej intervencie dieťaťu, ktoré sa ocitne v psychicky mimoriadne náročnej situácii,**
* vytváranie podmienok na maximálne využitie potenciálu dieťaťa v spolupráci s rodičmi dieťaťa a pedagógmi,
* vykonávanie opatrení na posilnenie pozitívnej atmosféry v škole,
* poskytnutie individuálneho, skupinového alebo hromadného psychologického poradenstva, prevencie a intervencie žiakom školy so zameraním na výchovu a vzdelávanie,
* **realizovanie anonymných ankiet a prieskumov v škole za účelom posilnenia preventívnych aktivít (sociálna klíma školy a triedy, výskyt rizikového správania a pod.) a konzultovanie zistení s vedením školy v súlade so Zákonom č. 18/2018 - Zákon o ochrane osobných údajov, spolupráca s ďalšími odbornými zamestnancami školy a s asistentmi učiteľa,**
* informovanie rodičov na rodičovských združeniach alebo mimoriadnym písomným oznámením o výsledkoch anonymných ankiet a prieskumov.

Ak sa zákonný zástupca dieťaťa/plnoletý žiak na tomto tlačive vyjadrí, že s činnosťou školského psychológa v škole nesúhlasí, školský psychológ nemá právo vyššie uvedené služby jeho dieťaťu/plnoletému žiakovi poskytovať. Súhlas platí do ukončenia štúdia na škole a je možné ho kedykoľvek písomne zrušiť.

**SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM** (nehodiace sa preškrtnite)

V ...................................... dňa ...................................

 ................................................................... ......................................................................

Meno a priezvisko zákonného zástupcu žiaka Podpis zákonného zástupcu žiaka

V ...................................... dňa ...................................

................................................................... ......................................................................

Meno a priezvisko plnoletého žiaka Podpis plnoletého žiaka

Telefón alebo email zákonného zástupcu (nepovinné): \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ak máte otázky, osobne alebo mailom, vám odpovie Mgr. Lenka Vašková.