

Základná škola J. Alexyho 1941/1, 960 01 Zvolen

Súhlas zákonného zástupcu žiaka

Základná škola J. Alexyho 1941/1 vo Zvolene v zmysle § 20 ods. 2 Zákona č. 317/2009 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov **poskytuje odborné činnosti** v rámci orientačnej psychologickéj diagnostiky, individuálneho, skupinového alebo hromadného psychologického poradenstva, psychoterapie, prevencie a intervencie k deťom a žiakom **s osobitným zreteľom na proces výchovy a vzdelávania v školách a školských zariadeniach**; vykonáva aj odborné činnosti psychologického poradenstva v oblasti rodinných, partnerských a ďalších sociálnych vzťahov.

Záujem o tieto služby je nutné potvrdiť aj písomne.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Trvalé bydlisko:

1. Súhlasím so psychologickým vyšetrením môjho dieťaťa za účelom diagnostickej, intervenčnej, preventívnej, poradenskej starostlivosti alebo poradenstva pri voľbe povolania.
Doba archivácie je minimálne 10 rokov.
2. Súhlasím s evidovaním a spracúvaním jeho osobných údajov za účelom poskytovania psychologickéj starostlivosti môjmu dieťaťu.

Môj súhlas platí počas celého obdobia vzdelávania sa môjho dieťaťa v ZŠ J. Alexyho 1941/1 vo Zvolene. Zároveň si vyhradzujem právo kedykoľvek svoj súhlas **písomne odvolať**.

Vo Zvolene dňa

.....
podpis zákonného zástupcu

Základná škola J. Alexyho 1941/1, 960 01 Zvolen

Súhlas zákonného zástupcu žiaka

Základná škola J. Alexyho 1941/1 vo Zvolene v zmysle § 20 ods. 2 Zákona č. 317/2009 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov **poskytuje odborné činnosti** v rámci orientačnej psychologickéj diagnostiky, individuálneho, skupinového alebo hromadného psychologického poradenstva, psychoterapie, prevencie a intervencie k deťom a žiakom **s osobitným zreteľom na proces výchovy a vzdelávania v školách a školských zariadeniach**; vykonáva aj odborné činnosti psychologického poradenstva v oblasti rodinných, partnerských a ďalších sociálnych vzťahov.

Záujem o tieto služby je nutné potvrdiť aj písomne.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Trvalé bydlisko:

3. Súhlasím so psychologickým vyšetrením môjho dieťaťa za účelom diagnostickej, intervenčnej, preventívnej, poradenskej starostlivosti alebo poradenstva pri voľbe povolania.
Doba archivácie je minimálne 10 rokov.
4. Súhlasím s evidovaním a spracúvaním jeho osobných údajov za účelom poskytovania psychologickéj starostlivosti môjmu dieťaťu.

Môj súhlas platí počas celého obdobia vzdelávania sa môjho dieťaťa v ZŠ J. Alexyho 1941/1 vo Zvolene. Zároveň si vyhradzujem právo kedykoľvek svoj súhlas **písomne odvolať**.

Vo Zvolene dňa

.....
podpis zákonného zástupcu