



ZÁKLADNÍ ŠKOLA KRAVAŘE, příspěvková organizace

Komenského 14, 747 21 Kravaře

Společně se učíme, společně tvoříme, společně rosteme.

Souhlasím s tím, aby školní psychologka v ZŠ Kravaře, (Komenského 658/14, 747 21 Kravaře) spolupracovala s mým dítětem

Jméno a Příjmení:

Datum narození: Třída:

Důvod, povaha a rozsah spolupráce:

.....
.....

Jsem seznámen 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, aby po dobu spolupráce byly uchovávány materiály, které dítě vytvoří nebo se jinak k němu vztahují (depistáž, záznamy z pozorování ve třídě, zprávy odborných pracovišť.) Svůj souhlas s individuální spoluprací s psychologem mohu kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení zák. zástupce:

Datum narození:

E-mail: Telefon:

V Kravařích dne

.....
podpis zákonného zástupce

Telefon:
553 671 683

e - mail:
skola@kravarezs.cz

Bankovní spojení:
ČS a. s. 1849696339 – 0800

IČO
70940088