Základná škola Gessayova 2, 851 03 Bratislava, tel. číslo: 02/ 625 25 421

**INFORMOVANÝ SÚHLAS**

Meno, priezvisko, titul rodiča:.....................................................................................................

Adresa: ........................................................................................................................................

Tel. číslo:......................................................................................................................................

Email:...........................................................................................................................................

Meno dieťaťa:..............................................................................................................................

Dátum narodenia:....................................................................Trieda:.........................................

Súhlasím s tým, že na základe mojej žiadosti ako rodiča / zákonného zástupcu bude moje dieťa v starostlivosti školského psychológa. O práci, výsledkoch práce s dieťaťom ma bude informovať školský psychológ.

Beriem na vedomie, že s výsledkami odborného vyšetrenia budú oboznámení: vedenie školy, odborní pracovníci a pedagógovia môjho dieťaťa za účelom realizácie príslušných odporúčaní vo výchovno-vzdelávacom procese, ktoré vyplývajú z priloženého odborného vyšetrenia. Výsledky odborného vyšetrenia slúžia výhradne pre potreby školy.

Odborné správy sú interným dokumentom školského psychológa a špeciálneho pedagóga a sú chránené zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov. Súhlas je možné kedykoľvek písomne odvolať.

V Bratislave................................................................... ..........................................................................

 podpis zákonného zástupcu