

Individuální souhlas rodičů s činností školního psychologa

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s tím, aby školní psycholožka PhDr. Ivana Seberová:

- individuálně pracovala s mým synem / dcerou
- poskytla poradenskou konzultaci mému synovi / dceři
- prováděla psychologické vyšetření (diagnostiku) mého syna / dcery

Jméno žáka:

Třída:

Jméno zákonného zástupce:

Podpis zákonného zástupce:

V Novém Jičíně dne: