

**Informovaný souhlas s činností školního psychologa
na Základní škole Libčice nad Vltavou**

Potvrzuji, že jsem byl/a informován/a o činnosti školního psychologa na Základní škole Libčice nad Vltavou, kterou navštěvuje náš syn/dcera, a souhlasím / nesouhlasím s poskytováním jeho služeb. Svůj souhlas/nesouhlas poskytuji dobrovolně a jsem si vědom/a skutečnosti, že mohu toto rozhodnutí kdykoli změnit.

Příjmení a jméno dítěte:

Příjmení a jméno zákonného zástupce:

V Libčicích nad Vltavou dne

Podpis zákonného zástupce:

**Informovaný souhlas s činností školního psychologa
na Základní škole Libčice nad Vltavou**

Potvrzuji, že jsem byl/a informován/a o činnosti školního psychologa na Základní škole Libčice nad Vltavou, kterou navštěvuje náš syn/dcera, a souhlasím / nesouhlasím s poskytováním jeho služeb. Svůj souhlas/nesouhlas poskytuji dobrovolně a jsem si vědom/a skutečnosti, že mohu toto rozhodnutí kdykoli změnit.

Příjmení a jméno dítěte:

Příjmení a jméno zákonného zástupce:

V Libčicích nad Vltavou dne

Podpis zákonného zástupce: