# Základní škola ústí nad labem, hlavní 193, 403 31 Tel.:47 2731819, 47 2731253 Tel.řed./fax:47 2731480, e-mail: skola@zsmojzir.cz

**Souhlas s poskytováním služeb Školního poradenského pracoviště**

**Já, níže podepsaný**

*Zákonný zástupce 1 Zákonný zástupce 2*

Jméno a příjmení: …….……….….....….…...…..Jméno a příjmení: …….……….….....….…...…..

Rok narození: …….……….….....….…...…..Rok narození: …….……….….....….…...…..

Bydliště: …….……….….....….…...…..Bydliště: …….……….….....….…...…..

**jakožto zákonný zástupce níže uvedeného nezletilého dítěte**

Jméno a příjmení: …..……….…...….….….…...…..…...…...

Rok narození: …..……….…...….….….…...…..…...…...

Bydliště: …..……….…...….….….…...…..…...…...

**Souhlasím s tím, že mému dítěti mohou být poskytovány služby Školního poradenského pracoviště.**

V průběhu docházky do základní školy mohou být Vašemu dítěti poskytovány poradenské služby školních poradenských pracovníků – školních metodiků prevence, výchovných poradců, školního psychologa a školního speciálního pedagoga. Jedná se o služby v základní poradenské rovině a rozsahu.

Tento dokument se stává platným dnem podpisu.

V ……………………….….... dne ..................

…………………………………………. ………………………………………….

Podpis zákonného zástupce 1 Podpis zákonného zástupce 2