

SÚKROMNÉ CENTRUM PORADENSTVA A PREVENCIE, HELP-DYS

Sídlo: Lúky 127, 020 53 LÚKY, IČO: 55118348

Tel. č.: 0918 752 492, e-mail: helpdys4@gmail.com

Informovaný súhlas zákonného zástupcu dieťaťa:

Meno a priezvisko dieťaťa: Dátum narodenia:

Bydlisko (adresa):

Meno a priezvisko rodiča (zákonného zástupu)

Kontakt na rodičov: (e-mail, telefón)

Vzhľadom na zákon č. 18/2018 o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov:

1. Súhlasím so **špeciálno-pedagogickým** vyšetrením môjho dieťaťa v zmysle Zákona č. 245/2008 Z. z. (Školský zákon) a Vyhlášky MŠ SR č. 325/2008 o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie.

2. Súhlasím s **evidovaním a spracovaním jeho a mojich osobných údajov** v zmysle Zákona o ochrane osobných údajov č. 18/2018 a v súlade so zákonom č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve.

3. Súhlasím / nesúhlasím v prípade potreby s návštevou pracovníka SCPP v rodinnom alebo školskom prostredí a s konzultovaním výsledkov so školským zariadením, v prípade potreby.
s poskytnutím správy z vyšetrenia pre potrebu iných inštitúcií, s ktorými SCPP spolupracuje (pediater, neurológ, pedopsychiater, odbor soc. vecí a rodiny a iné).

4. Súhlasím / nesúhlasím so spracovaním údajov zo zdravotného záznamu (výpis, kopírovanie) a iných osobných a študijných materiálov

Vzhľadom na zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení z mája 2008:

1. Beriem na vedomie, že pri špeciálno-pedagogickej diagnostike dieťaťa sa používajú aj také nástroje, ktoré umožňujú získanie súkromných informácií o rodinnom prostredí. Tieto informácie sa považujú za dôverné a vylučuje sa ich zneužitie, okrem prípadov, ktoré podliehajú povinnosti hlásenia vyplývajúcej zo zákona.

Dátum:.....

podpis zákonného zástupcu

Vypísal:

Uvedené tlačivo platí 15 rokov od dňa jeho vydania.

Zákonný zástupca dieťaťa môže podľa vyššie uvedeného zákona vykonať zmeny v tomto tlačive len písomnou formou, o čom bol oboznámený.