



AKADEMICKÉ GYMNÁZIUM

škola hlavního města Prahy

Štěpánská 22, 110 00, Praha 1

tel.: +420 221 421 931, fax :+420 221 421 957

e-mail: agstepanska@agstepanska.cz

<http://www.agstepanska.cz>

Vážení rodiče, zákonní zástupci,

Rádi bychom Vás touto cestou informovali, že na akademickém gymnáziu působí **školní psycholožka**.

Mgr. Martina Suchardová Veselá je dle konzultačních hodin vyvěšených na webových stránkách školy nebo na nástěnce k dispozici **v místnosti číslo 103**, na telefonním čísle **221421935** nebo e-mailu **psycholog@agstepanska.cz**.

Náplní práce školní psycholožky je psychologická poradenská činnost pro studentky a studenty, jejich rodiče a pedagogy, a také komplexní práce s třídními kolektivy. Poskytuje krizovou intervenci studentkám a studentům, kteří se ocitnou v psychicky mimořádně náročné situaci.

Práce se třídami zahrnuje především sledování vztahů a atmosféry ve třídě, a také aktivity zaměřené na podporu komunikace a kooperace. V rámci třídního kolektivu se snaží o podporu zdravých vztahů, stejně jako o prevenci sociálně-patologických jevů.

Individuální **konzultace se studenty probíhají v případě jejich zájmu** a mohou se týkat jakýchkoliv **školních i osobních potíží**. Je-li dán podnět ke konzultaci ze strany rodiče či učitele, je studentovi možnost spolupráce na jeho obtížích nabídnuta, nemá však povinnost na konzultace docházet. Nedílnou součástí práce školní psycholožky je péče o integrované studenty, studenty se specifickými poruchami učení a s jinými výukovými a výchovnými problémy. Ve třetím ročníku pak školní psycholožka nabízí možnost kariérního poradenství při výběru vysoké školy. Psycholožka pracuje také s pedagogy a nedílnou součástí její práce jsou **konzultace pro rodiče** našich studentů, týkající se jakýchkoliv výchovně-vzdělávacích obtíží Vašich dětí.

Rádi bychom Vás touto cestou požádali o **souhlas s působením školního psychologa a poskytováním poradenských služeb**, který vyžaduje vyhláška o poskytování poradenských služeb na školách č. 72/2005, ve znění novelizace č.116/2011Sb a 103/2014Sb. Váš souhlas zahrnuje diagnostiku vztahů ve skupině, dotazníková šetření, práci s třídním kolektivem a individuální konzultace při osobních či výchovně-vzdělávacích obtížích. Tento **souhlas nevyklučuje možnost odmítnutí** jakékoliv konzultace či konkrétní psychologické aktivity ve třídě. Pokud nebudete žádat jinak, platí tento souhlas po celou dobu studia.

------(odstříhnete a vyplněnou návratku vraťte prosím třídnímu učiteli)-----

Souhlasím s tím, že mohu být součástí preventivní péče školního psychologa o studenty školy.

V dne **Jméno studentky/studenta:**

Podpis studentky/studenta:

Souhlasím, aby s mým nezletilým synem / mou nezletilou dcerou pracoval v rámci práce s třídním kolektivem, preventivní péče či individuálního poradenství školní psycholog.

V dne..... **Podpis zákonného zástupce:**