**Středisko výchovné péče Spirála**

**381 01 Český Krumlov, T.G. Masaryka 114**

Tel. 380 712 426, 602 491 400

**VELMI DŮVĚRNÉ!!!**

uzavírá

**Dohodu o poskytování služeb**

**Jméno a příjmení dítěte:**………………………………………………………………………

Datum narození: …………………………………………………………………………….…..

Bydliště (přesná adresa): ……………………………………………………………………......

Telefon dítěte, e-mail: ………………………………………………………………………………...

Škola: ……………………………………………………….. Třída: ……………………

Třídní učitel/ka:…………………………………… Prospěch: ………………………………..

**Jméno a příjmení zákonného zástupce:** ……………………………………………………...

Datum narození: …………………………………………………………….…………………..

Bydliště (pokud se liší s adresou klienta): …………………………………………………………

Telefon, e-mail: …………………………………………………………………………………...

Zaměstnání: ……………………………………………………………………………………………….

**Jméno a příjmení zákonného zástupce:** …………………………………….………………..

Datum narození: ……………………………………………………………...…………………

Bydliště (pokud se liší s adresou klienta): ………………………………………...……………….

Telefon, e-mail: …………………………………………………………………………………..

Zaměstnání: ……………………………………………………………………………………...

**Důvod příchodu do ambulantního zařízení střediska výchovné péče, formulace zakázky:**

*Jaké máte s Vaším dítětem starosti?*

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Středisko výchovné péče se zavazuje, že bude spravovat osobní údaje pouze k účelu stanovené v dohodě o poskytování služby. Osobní údaje budou uloženy po dobu poskytování služby, archivovány a zabezpečeny v souladu s platnými právními předpisy.

**rodinná anamnéza**

**Rodina:** 🞏 úplná

 🞏 neúplná (od roku …….)

 🞏 dítě u matky

🞏 dítě u otce

🞏 střídavá péče obou rodičů

🞏 jiná forma péče o dítě …………………………….

**Sourozenci:**

Uveďte – jméno a příjmení, věk

Další osoby žijící ve společné domácnosti - jméno a příjmení, věk:

Jaké jsou vztahy ve Vaší rodině?

Jaké má Vaše dítě vztahy ke kamarádům a vrstevníkům?

V čem je Vaše dítě dobré? Jaké má Vaše dítě zájmy, záliby:

Dosavadní péče jiných odborníků (např. psycholog, psychiatr, kurátor, sociální pracovník ….), na koho doporučení přicházíte?

**Informovaný souhlas se zařazením do ambulantní péče**

Pro zajištění vedení dokumentace školského zařízení a pro plnění všech úkolů stanovených zákonem 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s ustanovením § 28 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů zpracovává školské zařízení o žácích následující typy údajů:

Souhlasím – nesouhlasím (\*nehodící se škrtněte) s pořizováním fotografií a videozáznamů mého dítěte během účasti na akcích SVP Spirála a jejich následným uveřejněním na webových stránkách SVP Spirála a na sociálních sítích Facebook a Instagram.

Zahájení, průběh a ukončení spolupráce – uzavírání dohody o poskytování služeb, poskytování ambulantních služeb, vedení knihy návštěv - dle §41 zákona č. 109/2002 Sb., vyhláška č. 458/2005 Sb.

* jméno a příjmení dítěte/ zákonného zástupce/třetí osoby
* trvalý pobyt, bydliště dítěte/ zákonného zástupce
* datum narození dítěte
* údaje o zdravotním stavu dítěte
* telefonní kontakt zákonného zástupce

Přijetí dítěte na základě rozhodnutí soudu – dle §16 zákona č. 109/2002 Sb., § 13a, odst. 1, písm. a zákona č. 359/1999 Sb.

* jméno a příjmení dítěte / zákonného zástupce
* trvalý pobyt, bydliště dítěte / zákonného zástupce

Dokumentace – vedení osobní a zdravotní dokumentace, vedení Knihy úrazů, záznam o úrazu, vedení záznamů o dětech apod. – dle §34, odst. 1 a 2 zákona č. 109/2002 Sb., §29 odst. 2 a 3 školského zákona, vyhláška č. 458/2005 Sb., § 1 vyhlášky 64/2005 Sb.

* jméno a příjmení dítěte / zákonného zástupce / třetí osoby
* datum narození dítěte / zákonného zástupce
* trvalý pobyt, bydliště dítěte / zákonného zástupce / třetí osoby
* údaje o zdravotním stavu dítěte
* telefonní kontakt, údaje o zaměstnání zákonného zástupce

Spolupráce s ostatními orgány – předávání informací jiným orgánům a institucím – OSPOD, soud, PČR, zdravotnická zařízení – dle §53, odst. 1 zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí, § 127 odst. 1 Občanského soudního řádu č. 99/1963 Sb., §18 zákona č. 273/2008 Sb. o Policii České republiky, § 70 odst. 4, písm. c) zákona č. 372/2011 o zdravotních službách.

* jméno a příjmení dítěte / zákonného zástupce
* datum a místo narození dítěte / zákonného zástupce
* trvalý pobyt, bydliště dítěte / zákonného zástupce
* údaje o zdravotním stavu dítěte
* psychologické posudky dítěte / zákonného zástupce

Výše vymezené údaje jsou ve školském zařízení vedeny v listinné nebo elektronické podobě.

Jsou poskytovány pouze vymezenému okruhu pracovníků školského zařízení podle vnitřních směrnic školského zařízení a dále jen oprávněným orgánům a osobám vymezených výše uvedenými zákony (orgány sociálně právní ochrany dětí, Policie ČR, zdravotnická zařízení).

Plánovaná lhůta pro výmaz u všech těchto údajů je 10 let, pokud nejde o archiválie podle bodu 16, přílohy č. 2, zákona č. 499/2004 Sb.

**Práva a povinnosti klienta**

**Klient má právo na:**

* právo na přístup k osobním údajům,
* právo na opravu,
* právo na výmaz,
* právo na omezení zpracování,
* právo na přenositelnost údajů,
* právo vznést námitku,
* právo nebýt předmětem automatizovaného rozhodování
* respektování lidské důstojnosti,
* na rozvíjení tělesných a duševních schopností a sociálních dovedností,
* rodič, zákonný zástupce má: právo určit a vymezit zakázku,
* vyjádřit svůj názor na zamýšlená a prováděná opatření,
* na úplné a srozumitelné informace o přístupech a výsledcích práce,
* rodič, zákonný zástupce má právo souhlasit či nesouhlasit s konzultací se spolupracujícími subjekty (školská zařízení, neziskové organizace).
* obracet se s žádostmi, stížnostmi a návrhy na vedoucího SVP,
* mít možnost vyžádat si osobní rozhovor s pracovníkem SVP,
* ukončit preventivně výchovnou (ambulantní) péči. Klient i pracovník SVP mají právo po předchozí domluvě kdykoli ukončit spolupráci. Po uplynutí dvou týdnů od ukončení spolupráce si může zákonný zástupce klienta domluvit v SVP konzultaci, v jejímž závěru obdrží závěrečnou zprávu.

**Klient má povinnost:**

* seznámit se s vnitřním řádem SVP a dodržovat jeho ustanovení. V případě poškození majetku SVP klientem, zákonný zástupce vzniklou škodu nahradí,
* dodržovat předpisy a pokyny k ochraně bezpečnosti a zdraví,
* uvědomit si, že zaměstnanci SVP odpovídají za dítě pouze po dobu trvání smluveného programu (například: v době individuální terapie, skupinová terapie, pobytu). Zákonný zástupce odpovídá za příchod i odchod dítěte,
* nekouřit a neužívat návykové látky v prostorách SVP, na pobytových a ostatních aktivitách SVP,
* chránit majetek SVP,
* v prostorách SVP neomezovat a neohrožovat svým chováním ostatní veřejnost.

Já, rodič, zákonný zástupce nebo zletilý klient, prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně a jednoznačně informován/a o právech a povinnostech, o všech náležitostech poskytované služby. **Souhlasím, že budu o zařazení do ambulantní péče informovat druhého rodiče (zákonného zástupce).** Kromě výše uvedeného mám ještě právo na odvolání souhlasu se zpracováním a na informace o zpracování osobních údajů.

…………………………… …………………………... ……………………………

**Zákonný zástupce / klient Klíčový pracovník Vedoucí SVP**

V Českém Krumlově dne ………………………

**PROSÍME NEVYPLŇOVAT!!!**

**INDIVIDUÁLNÍ VÝCHOVNÝ PLÁN KLIENTA**

dle vyhlášky č. 458/2005 Sb.

Formulace problému (důvod žádosti):

Cíle zákonných zástupců:

Cíle klienta:

Vymezení podmínek spolupráce, formy a metody nabízených služeb:

Plán osobního rozvoje klienta:

Další doporučená péče:

**Svými níže uvedenými podpisy stvrzují seznámení s IVP, jeho projednání a porozumění obsahu a vyjadřují tím svůj souhlas s výše uvedenou spoluprací:**

**Odborný pracovník** ............................................................

**Klient** .....................................................................................

**Osoba odpovědná za výchovu** ..............................................