***Středisko výchovné péče Valašské Meziříčí***

***Králova 370, 757 01 Valašské Meziříčí***

***tel.fax: 571 614 575, e-mail:*** [***psycholog@svpvm.cz***](mailto:psycholog@svpvm.cz)

[***www.svpvm.cz***](http://www.svpvm.cz)

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Smlouva o umístění klienta – klientky na krátkodobý diagnostický pobyt**

**ve Středisku výchovné péče ve Valašském Meziříčí**

Vedoucí SVP ve Valašském Meziříčí PhDr. Veronika Skorunková a zákonný zástupce nezletilé/ho/ klientky – klienta…………………..………………………………………….......

bytem ……………………………………………………………………………………………

a klientka – klient …………………………………..........................…………..(dále jen klient)

nar. …………………………...……… místo narození ...............................................................

bytem ……………………………………………………………………………………………

uzavírají smlouvu o její- jeho umístění na krátkodobý diagnostický pobyt.

Diagnostický pobyt, v rámci kterého bude provedeno komplexní vyšetření /diagnostika/ příčin poruch chování klienta s následným doporučením další výchovné péče, se uzavírá dle smlouvy od ………………………………………. do ………………………………………

V případě vážného porušení vnitřního řádu SVP nebo jiných závažných kázeňských přestupků může být, z rozhodnutí vedoucího SVP, pobyt klienta v SVP předčasně ukončen.

V případě onemocnění nebo úrazu klienta během pobytu v SVP bude diagnostický pobyt přerušen po dobu, kdy ošetřující lékař klienta písemně potvrdí skutečnost, že klient je po zdravotní stránce plně způsobilý pokračovat v pobytu v SVP.

Pokud klient akutně onemocní nebo utrpí úraz bude ihned v doprovodu zaměstnance SVP ošetřen v nejbližším zdravotnickém zařízení. O nemoci, úrazu případně neodkladné hospitalizaci se bezodkladně písemně nebo i telefonicky tel. .................... vyrozumí zákonný zástupce klienta.

Zákonný zástupce klienta byl seznámen s právy týkajícími se ochrany osobních údajů dle zákona č.101/2000 Sb. a souhlasí s pořizováním fotografických záběrů klienta pro vnitřní potřeby střediska výchovné péče.

Podepsáním této dohody o umístění klienta do SVP zákonný zástupce klienta stvrzuje , že byl seznámen s vnitřním řádem zařízení a souhlasí s ním.

Zákonný zástupce souhlasí s poskytnutím informací o klientovi:

…………………………………………............................................…………………………

Diagnostický pobyt se realizuje v souladu se zákonem č. 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 příkazu ministryně školství, mládeže a tělovýchovy č. 21/2007 k činnosti středisek výchovné péče a metodického pokynu upřesňujícího podmínky činnosti středisek výchovné péče ze dne 29.června 2007.

Ve Valašském Meziříčí dne ……………………………

……………………………………….................. ………………………………………

zákonný zástupce nezletilé/ho/ klienta - klientky vedoucí SVP