

Działając na podstawie art 7 pkt 1 i 2 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019 poz. 1078) - proszę o uzupełnienie poniższych informacji:

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody (właściwe podkreślić)

na objęcie mojej córki/mojego syna (właściwe podkreślić)

(nazwisko i imię) opieką przez pielęgniarkę szkolną.

Brak zgody wymaga dostarczenia do gabinetu pielęgniarki pisemnego oświadczenia rodziców/opiekuna prawnego o rezygnacji z działań profilaktycznych prowadzonych przez pielęgniarkę.

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody (właściwe podkreślić) na udział mojego dziecka we fluoryzacji zębów w klasach I – VI.

Zmiana decyzji odnośnie fluoryzacji wymaga dostarczenia pisemnego oświadczenia pielęgniarence szkolnej.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na poinformowanie dyrektora szkoły/n-la wf o istniejących zaleceniach lekarskich lub ograniczeniach u mojego dziecka wymagających respektowania przez szkołę.

Szczegółowy zakres zadań pielęgniarki dostępny jest na stronie internetowej szkoły.

Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z RODO (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych. Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych są dostępne w klauzuli informacyjnej dostępnej w gabinecie pielęgniarki szkolnej.

Powyższe obowiązuje przez cały okres pobierania nauki w szkołach.

Imię i nazwisko dziecka

Podpis rodzica/opiekuna prawnego, nr telefonu

adres zamieszkania