

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Imię i nazwisko ucznia:

Data i miejsce urodzenia:.....

PESEL ucznia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania ucznia:

Telefon kontaktowy

Dziecko zadeklarowane jest do lekarza POZ:

(wpisać imię i nazwisko lekarza)

przyjmującego w przychodni:

Wyrażam – nie wyrażam zgodę na wykonanie świadczeń pielęgniarki szkolnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 w sprawę świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013r. poz. 1248 z późn. zm.

Wyrażam – nie wyrażam zgodę na fluoryzację (dotyczy tylko klas I-VI szkoły podstawowej).

Wyrażam – nie wyrażam zgodę na odbiór karty zdrowia ucznia w przypadku zmiany szkoły przez moje dziecko.

Jednocześnie informuję, że Administratorem Państwa danych osobowych jest: mgr Iwona Parylak (Rozporządzenia PE i RE UE 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE /ogólne rozporządzenia o ochronie danych/ „RODO”).

* niepotrzebnie skreślić

.....
(czytelny podpis rodzica /opiekuna)