Zał. Nr 4

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZNIA**

**Imię Nazwisko ucznia .....**

Klasa ..... data urodzenia ..... **PESEL** .....,.....

adres zamieszkania .....

**telefon kontaktowy w razie nagłego zachorowania ....**.....

Czy dziecko ma alergię ( jaką ) .....

Czy dziecko ma wady wrodzone lub rozwojowe ( jakie ) .....

Czy dziecko wymaga specjalistycznej opieki ( jakiej ) .....

Czy dziecko wymaga nadzoru medycznego ( jakiego ) .....

Czy dziecko przyjmuje leki na stałe lub doraźnie ( jakie ) .....

Czy dziecko jest uczulone na jakieś leki ( jakie ) .....

**OŚWIADCZENIE**

I **Wyrażam/ nie wyrażam** zgody na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej w trybie i zakresie określonym w Rozp. Min. Zdrowia z dnia 24.09. 2013r w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą ( Rozp. Min. Zdrowia z dn.28. 08. 2009r ). W sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (Dz. U. Z 2016r. Poz 86)

II **Wyrażam / nie wyrażam** zgodę na podawanie mojemu dziecku leków ogólnodostępnych przez pielęgniarkę szkolną w razie złego samopoczucia lub nagłego zachorowania w czasie pobytu w szkole. Jednocześnie zobowiązuję się do przekazywania pisemnej informacji ( zaświadczenie od lekarza lub kserokopii wypisu ze szpitala ) o zmianach jakie wystąpiły w stanie zdrowia mojego dziecka.

III **Wyrażam zgodę** na zebranie w/w danych i oświadczam że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
Powyższe dane potrzebne do uzupełnienia dokumentacji medycznej dziecka i będą wykorzystane w celach medycznych. Nie będą udostępniane osobom postronnym.

IV **Wyrażam / nie wyrażam** zgodę na przeglądy czystości głowy i ogólnej higieny u mojego dziecka w trakcie całego pobytu w szkole. Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń od pielęgniarki szkolnej w momencie pojawienia się ich w dzienniczku , lub osobnym powiadomieniu.
**Przegląd będzie przeprowadzany** w zależności od potrzeby przez pielęgniarkę szkolną**.**

V **Wyrażam / nie wyrażam z**godę na uczestnictwo mojego dziecka w nadzorowanym szczotkowaniu zębów preparatem fluorkowym od pierwszej do szóstej klasy szkoły podstawowej. Proszę uprzejmie o dopilnowanie aby w wyznaczone dni dzieci przyszły do szkoły z własną szczoteczką do zębów służącą tylko do tego celu.

VI **Wyrażam / nie wyrażam z**godę na wykonanie badań bilansowych / przesiewowych u mojego dziecka przez pielęgniarkę szkolną.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

- Administratorem Pani/Pana/dziecka danych osobowych jest: Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo-Włochy, 01-315 Warszawa, ul. Coopera 5
- kontakt do Inspektora Ochrony Danych osobowych: odo@zozbemowo.pl
- dane osobowe, są przetwarzane w związku z przesłanką dobra publicznego oraz realizacją ustaw regulujących pracę jednostek szkolnictwa oraz lecznictwa publicznego
- dane osobowe będą przechowywane przez okres konieczny do zapewnienia kompletności dokumentacji medycznej.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
- Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania

**Data.....** **czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna**

**Proszę uprzejmie o zapoznanie się z dokumentem i dokładne o wypełnienie**
**niepotrzebne skreślić**