**INFORMACJE DO GABINETU MEDYCYNY SZKOLNEJ**

Deklaracja obejmuje cały okres nauki dziecka w Szkole Podstawowej nr 4

Im. Marii Skłodowskiej-Curie w Skierniewicach

**Wszystkie zmiany dotyczące stanu zdrowia dziecka lub zmiany Państwa decyzji proszę składać pisemnie do gabinetu pielęgniarki szkolnej.**

*Wszystkie informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka są informacjami objętymi tajemnicą medyczną i szczególną ochroną.*

Klasa: …………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko i imię dziecka: ………………………………………………………………………………

Data urodzenia i PESEL: .……………………………………………………………………………..

Nazwisko lekarza pierwszego kontaktu: ………………………………………………………

Adres poradni: …………………………………………………………………………………………….

Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej (jakiej i z jakiego powodu)?

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

Czy uczeń przyjmuje leki na stałe (proszę wymienić jakie)

…………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy uczeń jest alergikiem (na co)?

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

Czy uczeń może brać leki przeciwbólowe/obniżające temperaturę (jakie)?

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

**Czy wyrażają Państwo zgodę na:**

1. Profilaktyczne badania przesiewowe w poszczególnych grupach wiekowych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013r. (Dz.U. 131248 dn. 28.10.2013r.) Tak / Nie
2. Prowadzenie profilaktyki fluorkowej zębów 6 x w roku (co 6 tygodni) Tak / Nie
3. Sprawdzanie czystości głowy w przypadku pojawienia się w szkole wszawicy Tak / Nie

Telefon kontaktowy: mama …………………………… , tata ………………………………….

…………………………………………………………

*data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych*

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

* Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie danych osobowych przez Szkołę Podstawową nr 4 im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Jasna 30, 96 100 Skierniewice, wyżej wymienionym celu.
* Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności.
* Zostałem/am również poinformowany o celu ich zbierania danych osobowych, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

 ………….……………………….………………………..

 (podpisy czytelne obydwojga rodziców/opiekunów prawnych)

 \*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).