

.....
Imię i nazwisko rodzica dziecka

.....
Adres do korespondencji

.....
Oświadczenie
w sprawie wyrażenia sprzeciwu dotyczącego objęcia dziecka opieką zdrowotną.

Oświadczam, co następuje :

1. Wyrażam sprzeciw/nie wyrażam sprzeciwu dotyczącego objęcia mojego dziecka profilaktyczną opieką zdrowotną w szkole Podstawowej nr 40 w Łodzi, ul. Praussa 2 sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną.

2. Nazwisko i imię dziecka

klasa

PESEL

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

Data urodzenia

Adres zamieszkania

.....

Nazwa i adres przychodni lekarza pierwszego kontaktu (POZ):

.....

.....

Telefony do rodziców/prawnych opiekunów

matka ojciec

Czy u dziecka występują choroby wymagające szczególnego nadzoru i opieki?

NIE/TAK (jakie).....

.....

Czy dziecko uczulone jest na leki?

NIE/TAK (jakie)

.....

Klauzula informacyjna:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejskie Centrum Medyczne „Polesie” w Łodzi
2. Celem przetwarzania jest profilaktyka zdrowotna: kształtowanie u uczniów postaw prozdrowotnych oraz odpowiedzialności za własne zdrowie.
3. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 9 ust 2 lit f) RODO.
4. Pełny tekst klauzuli informacyjnej znajduje się na stronie mcmpolesie.pl

5

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis rodzica dziecka