

14f. Zgody dla szkoły

IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ

- I. Wyrażam zgodę na przebadanie mojego dziecka w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej i przekazania opinii szkole oraz na objęcie standardowymi badaniami psychologicznymi w szkole.

PODPIS RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

- II. W nagłych przypadkach wyrażam zgodę na zabiegi lekarskie i operacje mojego dziecka.

PODPIS RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

- III. W uzasadnionych przypadkach wyrażam zgodę na badania lekarskie mojego dziecka.

PODPIS RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

- IV. Wyrażam zgodę na samodzielne powroty mojego dziecka ze szkoły do domu.

PODPIS RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

- V. Zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje się, iż: Administratorem danych osobowych jest Fundacja Ewangelickie Centrum Diakonii i Edukacji im. ks. Marcina Lutra, ul. ks. Marcina Lutra 2-8, 54-239 Wrocław. Informacje na temat przetwarzania danych osobowych można uzyskać pod adresem mailowym iod@diakonia.pl

OŚWIADCZENIE WOLI

Zapoznałam/łem się z informacją dotyczącą zbierania i przetwarzania danych osobowych mojego dziecka uczęszczającego do szkoły w Centrum, a także moich, w zakresie dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńczej działalności szkoły.

PODPIS RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

- VI. Oświadczam, że nie zataiłem(łam) żadnych istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia i sposobu funkcjonowania mojego dziecka, które mogłyby mieć wpływ na zapewnienie skutecznej opieki i bezpieczeństwa jemu, innym uczniom przez wychowawców i nauczycieli.

PODPIS RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

- VII. Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania Dyrektora szkoły (Kierownika NOSW) o wszelkich istotnych zmianach w stanie zdrowia i sytuacji życiowej mojego dziecka.

PODPIS RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

miejsowość, data