

12c Zgody dla Szkoły Podstawowej

IMIĘ I NAZWISKO UCZNIA

1. Wyrażam zgodę na przebadanie mojego dziecka w Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej i przekazanie opinii szkole oraz na objęcie standardowymi badaniami diagnostycznymi w szkole.

PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

2. Wyrażam zgodę, w uzasadnionych przypadkach (brak kontaktu z rodzicem) na leczenie w szpitalu oraz zabiegi operacyjne ratujące życie mojego dziecka.

PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

3. Wyrażam zgodę, w uzasadnionych przypadkach (brak kontaktu z rodzicem) na badania lekarskie mojego dziecka.

PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

4. Wyrażam zgodę na opiekę pielęgniarki szkolnej i następujące czynności: kontrola czystości skóry, włosów, okresowe pomiary itp.

PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

5. Wyrażam/nie wyrażam zgodę/y na samodzielne powroty mojego dziecka ze szkoły do domu.*

PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

6. 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 Zespole Szkół i Placówek Fundacji Ewangelickie Centrum Diakonii i Edukacji im. ks. M. Lutra we Wrocławiu, a także moich, w zakresie dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńczej działalności szkoły.

PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

7. 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/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

8. Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania Dyrektora szkoły i Kierownika NOSW (dotyczy uczniów będących wychowankami NOSW) o wszelkich istotnych zmianach w stanie zdrowia i sytuacji życiowej mojego dziecka.

PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

* niepotrzebne skreślić

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA