

DANE UCZNIA DLA POTRZEB MEDYCZYNY SZKOLNEJ

Informacje tylko do użytku służby zdrowia objęte tajemnicą medyczną

1. Imię i Nazwisko uczniadata urodzenia.....
2. Adres
3. PESEL dziecka(w jednej kratce-jedna cyfra)) Tel.do rodziców/opiekunów.....

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

4. Przebyte choroby , urazy, operacje.....
- 5.Czy dziecko ma alergię TAK/NIE* .na co?.....
6. Czy dziecko przyjmuje leki ,jakie?.....
- 7.Dziecko zadeklarowane jest do lekarza POZ.....
8. Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności : TAK* NIE* na czas do.....

OŚWIADCZENIE

WYRAŻAM/ NIE WYRAŻAM* ZGODĘ NA: wykonanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej zgodnie z Ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 o opiece zdrowotnej nad uczniami (DZ.U.2019 poz.1078)

WYRAŻAM/ NIE WYRAŻAM* ZGODĘ NA: przekazanie informacji o stanie zdrowia dziecka w razie potrzeby: wychowawcy, pedagogowi, nauczycielowi WF

WYRAŻAM/ NIE WYRAŻAM* ZGODĘ NA :fluoryzację zębów w klasach I-VI,

POWYŻSZA ZGODA OBOWIĄZUJE NA CZAS EDUKACJI SZKOLNEJ LUB DO ZMIANY DECYZJI RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO.

*właściwe podkreślić

Administratorem Danych Osobowych podopiecznych jest Medycyna Szkolna Chojnacka Elżbieta 74-200 Pyrzyca ul. Krótka 8 A/6. Pielęgniarka/higienistka szkolna udziela świadczeń zgodnie z art. 27 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz 1938, z późn. zm.). Dane uczniów nie będą przechowywane dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres realizacji edukacji szkolnej. Klauzula informacyjna dot. ochrony danych osobowych, dostępna jest w gabinetach szkolnych.

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)