Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Szkolnej
ZDROWA SZKOŁA
Gabinet profilaktyki zdrowotnej
i pomocy przedlekarskiej
Szkoła Podstawowa nr 1
62-080 Tarnowo Pódlaskie ul. Szkolna 5
tel. 601 731 028

OŚWIADCZENIE DLA POTRZEB MEDYCYNY SZKOLNEJ

(informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą i ustawą o ochronie danych osobowych)

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA .....

DATA URODZENIA ..... **NR PESEL** | | | | | | | | | | | |

* w przypadku braku nr Pesel przez obcokrajowców proszę o dostarczenie kopii deklaracji **ZUS ZCNA** (od pracodawcy)

ADRES ZAMIESZKANIA .....

PRZEBYTE CHOROBY, URAZY i OPERACJE .....

.....

NAZWA i ADRES PRZYCHODNI LEKARZA RODZINNEGO.....

.....

CZY DZIECKO MA ALERGIĘ, UCZULENIE i NA CO? .....

CZY DZIECKO PRZYJMUJE LEKI? JAKIE? .....

CZY UŻYWA: OKULARY, APARAT SŁUCHOWY? .....

CZY DZIECKO LECZY SIĘ W PORADNI SPECJALISTYCZNEJAKIEJ? .....

.....

CZY DZIECKO POSIADA ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI? **TAK** ☐ **NIE** ☐

*jeśli tak proszę o dostarczenie kopii do pielęgniarki szkolnej

Telefony kontaktowe do rodziców, opiekunów.....

1. Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r., przyjmuję do wiadomości, że dane będą przetwarzane wyłącznie w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz dzieci i młodzieży.
2. Administratorem danych jest Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Szkolnej.
3. Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
4. Dane podaję dobrowolnie, wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodne z celem podanym wyżej.
5. Świadczenie pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania wykonywane będą zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
6. Oświadczam, że wszelkie dane są zgodne ze stanem faktycznym i jednocześnie zobowiązuję się do ich aktualizacji w razie potrzeby.

data..... Czytelny podpis rodzica / opiekuna .....

* niepotrzebne skreślić