

KARTA INFORMACYJNA O STANIE ZDROWIA DZIECKA

*Prosimy o przeczytanie całości ankiety przed wypełnieniem. Informacje, które Państwo podacie ułatwią nam poznanie stanu zdrowia Dziecka oraz przeciwdziałanie zagrożeniu dobra Dziecka. Dziękujemy.*

Imię/imiona i nazwisko Dziecka………………………………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia, PESEL Dziecka…..………………………………………..………………………………………………

Adres zamieszkania Dziecka……..………………………………………………………………………….……………………..………

==================================================================================

1. Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza pediatry ? TAK – NIE \*  
Jeśli tak proszę podać nazwę, nr telefonu i adres Placówki Medycznej

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? TAK - NIE \*  
Jeśli tak, proszę podać jakie …………………………………………………………………………………………………………  
  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Czy dziecko przyjmuje na stałe leki? TAK - NIE \*  
Jeśli tak, proszę podać jakie…………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? TAK – NIE \*  
 – Nazwa poradni ………..…………………………………………………………………….……………………………………….…  
  
- Przyczyna …………………………………………………………………………………… ………………………………………………

5. Czy dziecko ma zdiagnozowaną wadę słuchu lub wzroku? TAK - NIE \*  
Jeśli tak, czy nosi okulary lub aparat słuchowy? TAK – NIE\*

6. Czy dziecko ma zalecenia związane z dietą? TAK - NIE \*  
Jeśli tak, proszę podać jakie (wskazania lekarskie) …………………………………………………….……………………..…

7. Czy dziecko posiada znamiona lub blizny? TAK – NIE\*

8. Czy dziecko przebyło zabieg operacyjny? TAK - NIE \*

9. Czy dziecko jest uczulone na jakikolwiek alergeny ? TAK - NIE \*  
Jeśli tak, proszę podać jakie ………………………………………………………………………………………………………………..

.………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………..

10. Inne informacje o dziecku: (proszę przekazać informacje, które uznacie Państwo za ważne): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………..… …………………………………………………………………………………………………

11. Oświadczenia rodzica / opiekuna prawnego:   
- Zostałem/ zostałam poinformowana/ny, że podczas pobytu dziecka w przedszkolu, nie mogą być mu podawane żadne leki.  
 - W przypadku otrzymania informacji od dyrektora / opiekuna o wystąpieniu u mojego dziecka podwyższonej temperatury bądź innych objawów chorobowych niezwłocznie ono zostanie odebrane z placówki.   
- W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka, w sytuacji braku kontaktu telefonicznego z Rodzicem/opiekunem prawnym , **wyrażam / nie wyrażam\*** zgody na wezwanie pogotowia lub przewiezienie dziecka do szpitala i udzielenie pomocy medycznej.

13. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) potwierdzamy, że powyższe dane osobowe dziecka i rodziców (imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres zamieszkania i zameldowania, PESEL dziecka oraz imię i nazwisko, dane teleadresowe rodziców, PESEL, nr dowodu osobistego, adres zamieszkania) zostały podane dobrowolnie, świadomie i jednoznacznie w celu zapewnienia właściwej opieki w przedszkolu. Administratorem zbioru danych osobowych jest Przedszkole Publiczne „Wrocławskie Skauty v” we Wrocławiu ; *Funkcję Inspektora Ochrony Danych w Przedszkolu pełni Natalia Radajewska, e- mail:* [*ochronadanychosobowych24@gmail.com*](mailto:ochronadanychosobowych24@gmail.com)*, tel. 783 479 791.*

Jednocześnie informujemy, że przysługuje Państwu prawo do wglądu, do poprawienia swoich danych osobowych oraz żądania zaprzestania przetwarzania danych osobowych.

………………………………………………………. ………………………………………………………….

data i podpis matki/prawnego opiekuna data i podpis ojca/prawnego opiekuna