

RPLD.10.01.00-10-C005/18-00

## INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

<b>Pierwsze imię</b>					<b>Drugie imię</b>					<b>Nazwisko</b>						
<b>PESEL</b>																
<b>Data i miejsce urodzenia</b>	<b>Dzień</b>				<b>Miesiąc</b>				<b>Rok</b>				<b>Miejsce</b>			

1	Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień	Tak	Nie
2	Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza?	Tak	Nie
3	Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe?	Tak	Nie
4	Czy dziecko przyjmuje na stałe leki? <b>Jeśli tak proszę podać jakie.</b> .....	Tak	Nie
5	Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? <b>Jeśli tak proszę podać jakiej.</b> .....	Tak	Nie
6	Czy dziecko ma zdiagnozowaną wadę słuchu lub wzroku? <b>Jeśli tak czy nosi okulary lub aparat słuchowy?</b> .....	Tak	Nie
7	Czy dziecko ma zalecenia związane z dietą? <b>Jeśli tak proszę podać jakiej.</b> .....	Tak	Nie
8	Czy dziecko posiada znamiona lub blizny? <b>Jeśli tak proszę podać jakiej.</b> .....	Tak	Nie
9	Czy dziecko przebyło zabieg operacyjny?	Tak	Nie
10	Czy dziecko przebyło choroby zakaźne? <b>Jeśli tak proszę podać jakiej.</b> .....	Tak	Nie
11	Czy dziecko jest uczulone? <b>Jeśli tak proszę podać na co i opisać jaka jest reakcja organizmu.</b> .....	Tak	Nie
12	Inne informacje o dziecku: (proszę przekazać informacje, które uznacie Państwo za ważne): ..... .....		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu administracyjnego (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). Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz, że zostałem/am poinformowany/ao przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie. Dane zostały zgromadzone tylko i wyłącznie w celu wykonywania obowiązków i ograniczone do minimum.

Łódź, dnia .....

.....  
( podpis beneficjenta/prawnego opiekuna )

Administratorem danych osobowych jest: Łódzka Fundacja Rehabilitacji „Kamień Milowy”  
Z siedzibą w Łodzi, ul. Siemiradzkiego 4/8, NIP 728-278-49-89