

Zgoda rodziców/opiekunów na udział dziecka w programach zdrowotnych finansowanych przez Miasto Gdańsk

1. Prosimy o podanie poniższych informacji:

DZIECKO:

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia dziecka:	
Szkoła:	
Klasa:	

ADRES ZAMIESZKANIA:

Miasto:	Kod:	Dzielnica:
Ul.	Nr domu:	Nr mieszkania:

RODZICE / OPIEKUNOWIE:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:	
email:	
Telefon:	

2. Prosimy o wypełnienie zgody:

Prosimy o wyrażenie zgody na działania zaznaczone symbolem:

Prosimy o pozostawienie bez podpisu działania zaznaczone symbolem:

Po zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi Programu „Zdrowy Uczeń” wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniu przesiewowym organizowanym w szkole przez Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka. Zapoznałem się z informacją o możliwości kontaktu z Realizatorem programu w celu wyjaśnienia wszelkich wątpliwości.

Data podpis

Po zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi Programu „6-10-14 dla Zdrowia” wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniu przesiewowym organizowanym w szkole przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne. Zapoznałem się z informacją o możliwości kontaktu z Realizatorem programu w celu wyjaśnienia wszelkich wątpliwości.

Data podpis

W przypadku wykrycia czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych i kwalifikacji dziecka do objęcia rocznym programem interwencyjnym wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny na podany powyżej numer w celu umówienia terminu wykonania koniecznych (bezpłatnych) badań dodatkowych oraz ustalenia terminu pierwszej wizyty w ramach interdyscyplinarnej interwencji specjalistycznej.

Data podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka zgodnie z Ustawą przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne i Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka wyłącznie na potrzeby realizacji programów zdrowotnych. Jednocześnie oświadczam że jestem uprawniona/y do reprezentowania dziecka (rodzic lub opiekun prawny).

Data podpis