

Data, .....

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA  
NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA  
W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM**

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

PESEL: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W SZKOLNYM  
GABINECIE STOMATOLOGICZNYM**

TAK ( )

NIE ( )

W przypadku wyrażenia zgody na leczenie stomatologiczne dziecka uprzejmie proszę o przekazanie informacji o dziecku:

Wywiad:

Choroby ogólne: Alergia ( ), Nadciśnienie ( ), Cukrzyca ( ), Układ krążenia ( ), Choroba nerek ( ),  
Tarczycy ( ), Epilepsja ( ), Żółtaczka ( ), Przeszczep ( ), Zaburzenia krzepnięcia krwi ( ),

Inne .....

Przyjmowane aktualnie leki: .....

.....

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające: .....

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

1.Administratorem Pana/ Pani danych / dziecka jest Szkoła Podstawowa w Chlewie reprezentowana przez Dyrektora – Jolantę Szade - Dybowską

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych - kontakt z IOD – email: [kontakt@iszd.pl](mailto:kontakt@iszd.pl);

3.Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu, na podstawie przepisów prawa. Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z dnia 12 kwietnia 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078)

4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres edukacji w placówce licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

