

KARTA KWALIFIKACYJNA – TURNUS CUKRZYCOWY

1. Czas trwania od do

1. Nazwisko i imię uczestnika

2. Data urodzenia.....

3. Adres zamieszkania

4. Tel. kom. rodziców.....

5. PESEL dziecka

6. Nazwa i adres szkoły

7. Adres rodziców (opiekunów)

Informacja rodziców (opiekunów) o dziecku:

1.Imię i nazwisko dziecka

2. Przebyte choroby

3.U dziecka występowały w ostatnim roku, lub występują obecnie*: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienia z nosa, przewlekły kaszel (lub katar, anginy), duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jękanie i inne

4.Dziecko jest*: nieśmiałe, ma trudności w nawiązaniu kontaktów, nadpobudliwe (inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka)

5.Dziecko jest uczulone* tak, nie (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu)

[illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

I.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM(AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....
podpis rodziców (opiekunów)

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

.....

.....

Informacja pielęgniarki szkolnej:

- 1.Szczepienia przeciw tężcowi: data wszystkich szczepień
.....
2.Uwagi o stanie zdrowia dziecka

.....
data podpis pielęgniarki

Orzeczenie lekarskie:

- 1.Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie)
.....
2.Dziecko może być uczestnikiem kolonii – obozu w
3.Zalecenia dla wychowawców – służby zdrowia

.....
data podpis lekarza

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
w tym danych „szczególnych kategorii”**

Prosimy o potwierdzenie, czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie przez Astur Sp. z o.o. 20-827 Lublin ul. Gojawiczyńskiej 9

dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń, danych osobowych Pana/Pani Dziecka, które przekazał/a nam Pan/Pani podczas procedury przyjęcia Dziecka na turnus cukrzycowy wypełniając kartę kwalifikacyjną

w tym: imię, nazwisko Opiekuna i Dziecka, datę i miejsce urodzenia Dziecka, adres zamieszkania Dziecka, informacje o stanie zdrowia Dziecka. Ponieważ dane szczególnych kategorii* w tym dotyczące zdrowia chronione są szczególnie, musimy prosić Pana/Panią o wyrażenie wyrażnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić, iż Pan/Pani zgadza się, abyśmy przetwarzali podane przez Pana/Panią dane, o których mowa powyżej:

☐ NIE

☐ TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

* Dane szczególnych kategorii to dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych, dane genetyczne, dane biometryczne wykorzystywane do identyfikacji, dane dotyczące zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej, o których mowa w art. 9 RODO (czyli Rozporządzenia 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)

Informacja o prawie do cofnięcia zgody

W każdej chwili ma Pan/Pani prawo cofnąć zgodę na przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani Dziecka. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Informacyjnie

W związku z otrzymaniem zgody na przetwarzanie danych należy podać osobie wszystkie informacje, których art. 13 RODO wymaga przy zbieraniu danych od osoby, której dane dotyczą.

.....
Data i podpis Rodzica/Opiekuna