

## PROJEKT: „BADANIE WAD POSTAWY W GMINIE TERESIN”

### ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ WAD POSTAWY CIAŁA W SZKOLE

Imię i nazwisko dziecka.....

Opiekun prawny dziecka.....

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

Wzrost, waga i numer buta.....

Nazwa i adres szkoły .....

Oznaczenie klasy .....

• **Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniach wad postawy przeprowadzonych przez Centrum Rehabilitacji SORNO Edyta Stankiewicz ul. Wspólna 23, 05-822 Milanówek**

• **Upoważniam Poradnię do:**

1. Przetwarzania danych osobowych dotyczących mojego dziecka - zgodnie z ustawą z dnia 27 kwietnia 2016r. o ochronie danych osobowych, 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)

2. Zgromadzenia i przetwarzania dokumentacji szkolnej niezbędnej do dokonania pełnej diagnozy.

.....  
czytelny podpis rodziców/ prawnych opiekunów