

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Warszawa, dnia

imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna

numer telefonu/e-mail

Prosimy zakreślić właściwą odpowiedź:

Czy występują u Pani/Pana objawy infekcji dróg oddechowych takich jak gorączka, kaszel, duszność, katar?

TAK / NIE

Czy występują u dziecka objawy infekcji dróg oddechowych takich jak gorączka, kaszel, duszność, katar?

TAK / NIE

Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, u której podejrzewa się lub stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub przypadkiem prawdopodobnym)?

TAK / NIE

Czy obecnie lub w ciągu ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały ww. objawy u kogoś z domowników?

TAK / NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka przez Administratora danych – Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr 10 w Warszawie na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a i art. 9 ust. 2 pkt a 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), w celu przeprowadzenia zdalnej sesji konsultacyjnej. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale stanowi warunek udziału w konsultacji. Z pełną treścią klauzuli informacyjnej mogą Państwo zapoznać się na stronie <http://ppp10.waw.pl/ochrona-danych>.

.....

podpis rodzica lub opiekuna prawnego