

Zał. Nr 1

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Ja
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego/ dorosłego ucznia)

będący rodzicem/ opiekunem prawnym
(imię i nazwisko dziecka)

**Wyrażam zgodę:
na pomiar temperatury ciała mojego dziecka / na pomiar temperatury mojego ciała.**

Oświadczam, że:

- moje dziecko/ja nie wykazuje/-ę jakichkolwiek objawów mogących wskazywać na infekcję dróg oddechowych;
- domownicy nie przebywają na kwarantannie lub w izolacji w warunkach domowych;
- celem zapewnienia szybkiej komunikacji podaję poniższe dane kontaktowe:

.....
.....

- zapoznałam/em się z obowiązującymi procedurami funkcjonowania w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 4 we Wrocławiu w okresie stanu epidemii;
- podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i wiadome mi jest, że fałszowanie dokumentów, poświadczenie nieprawdy, wyłudzenie poświadczenia nieprawdy i użycie dokumentu poświadczającego nieprawdę podlega odpowiedzialności karnej.

.....
data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego/ dorosłego ucznia

Na podstawie 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 -Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia 14 maja 2016 r. L 119/1) placówka jest administratorem danych osobowych.