

# OŚWIADCZENIE DLA POTRZEB MEDYCZYNY SZKOLNEJ ІНФОРМАЦІЯ НА ПОТРЕБИ ШКІЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

(Informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą i ustawą o ochronie danych osobowych)  
(дані будуть використовуватися лише медичними працівниками, зберігаються конфіденційно і підпадають під дію закону про захист персональних даних)

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....  
Ім'я і прізвище дитини

DATA URODZENIA..... NR.PESEL\* .....  
Дата народження  
Персональний ідентифікаційний номер (PESEL)

\* w przypadku braku nr pesel proszę o dostarczenie po jego uzyskaniu  
\* у випадку відсутності, прохання повідомити номер відразу після отримання

ADRES ZAMIESZKANIA.....  
Адреса проживання

PRZEBYTE CHOROBY, URAZY, OPERACJE.....  
Перенесені хвороби, травми, операції

CZY DZIECKO MA ALERGIĘ, UCZULENIE I NA CO? .....  
Чи у дитини є алергії і на що?

CZY DZIECKO PRZYJMUJE LEKI? JAKIE? .....  
Чи дитина приймає ліки? Які?

CZY UŻYWA: OKULARY, APARAT SŁUCHOWY?.....  
Чи дитина носить окуляри, використовує слуховий апарат?

CZY DZIECKO POSIADA ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI? TAK\* NIE  
\*jeśli tak proszę o dostarczenie kopii do pielęgniarki szkolnej

Чи у дитини було встановлено інвалідність? TAK\* NI

\*Якщо так, прохання надати копію відповідного рішення шкільній медсестрі

Telefony kontaktowe do rodziców, opiekunów.....  
Контактні телефони батьків, юридичних опікунів

Dane osobowe ucznia przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 11 czerwca 2019 r oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1133).  
Odbiorcami danych osobowych ucznia będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (NFZ), placówki medyczne.  
W przypadku zmiany szkoły przez ucznia, dokumentację medyczną ucznia odbierają rodzice lub opiekunowie prawni i przekazują szkole przyjmującej ucznia.  
Dane podają dobrowolnie, wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z celem podanym powyżej.

Персональні дані учня будуть оброблятися з метою надання медичних послуг на підставі ст. 6 абзацу 1 літери «с» загального розпорядження про охорону персональних даних від 27.04.2016р., на підставі ст. 9, абзацу 1 літери «h» загального розпорядження про охорону персональних даних від 27.04.2016 р., а також на підставі Розпорядження Міністра Охорони здоров'я від 28 серпня 2009 р. про організацію профілактики охорони здоров'я дітей і молоді (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1133).  
Отримувачами персональних даних будуть виключно суб'єкти, яким законодавством надано право використання цих даних (NFZ: Національний Фонд Здоров'я), медичні установи.

У випадках зміни учнем закладу освіти, юридичні опікуни або батьки можуть отримати медичну документацію учня і передати у новий заклад.  
Дані надаються мною добровільно, надаю згоду на їх обробку у вищевказаних цілях.

\* Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę zgodnie z Rozporządzeniem MZ w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.  
Я надаю згоду на надання сестрою медичних послуг згідно з розпорядженням МОЗ про організацію профілактики охорони здоров'я дітей і молоді

Oświadczam, że wyrażam /nie wyrażam\* zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w nadzorowanym szczoteczkowaniu zębów preparatem fluorowym w trakcie trwania nauki w szkole.

Я надаю/не надаю згоду на фторування зубів моєї дитини під час навчання в школі.

Oświadczam, że wszystkie dane są zgodne ze stanem faktycznym i jednocześnie zobowiązuję się do ich aktualizacji w razie takiej potrzeby

Підтверджую, що усі дані надано згідно з фактичним станом здоров'я, і одночасно зобов'язуюся повідомляти про будь-які їх зміни у майбутньому.

Oświadczam, że wyrażam /nie wyrażam\* zgodę na przekazywanie istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka nauczycielowi z zachowaniem jego prawa do tajemnicy informacji do czasu ukończenia nauki w szkole.

Я надаю/не надаю згоду на повідомлення важливої інформації про стан здоров'я дитини до моменту закінчення навчання в освітньому закладі вчителю за умови збереження конфіденційності.

Data..... Czytelny podpis rodzica / opiekuna.....  
Дата Розбірливий підпис одного з батьків / опікуна