

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
miejsowość i data

.....
adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego

.....
nr dowodu osobistego rodzica/opiekuna prawnego
(dot. osób z obywatelstwem polskim)

.....
nr paszportu rodzica/opiekuna prawnego
(dot. osób z obywatelstwem zagranicznym)

OŚWIADCZENIE

Upoważniam zarząd, personel pedagogiczny oraz personel medyczny Internatu przy Liceum Ogólnokształcącym Niepublicznym Kolegium św. Stanisława Kostki do uzyskania informacji o stanie zdrowia i wglądu w dokumentację medyczną mojego dziecka

.....
imię i nazwisko dziecka, nr PESEL

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

Wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku pierwszej pomocy medycznej przez zarząd, personel pedagogiczny, medyczny oraz obsługowy Internatu przy Liceum Ogólnokształcącym Niepublicznym Kolegium św. Stanisława Kostki, oraz udzielenie dziecku natychmiastowej pomocy i zadbanie o jego życie – w nagłych wypadkach.

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

Wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku pomocy medycznej, leczenie i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez przedstawicieli Służby Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej w przypadku choroby dziecka i opiekę wychowawców Internatu przy Liceum Ogólnokształcącym Niepublicznym Kolegium św. Stanisława Kostki nad chorym dzieckiem.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb niezbędnych do udzielenia mu pomocy medycznej i innych świadczeń medycznych, jak i do czynności urzędowych związanych z legalizacją pobytu.

Zgadzam się również na prowadzenie dokumentacji mojego dziecka w wyżej wymienionych celach (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883).

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