ANKIETA UCZESTNIKA ZAJĘĆ W BSOGKK

1. **Imię i nazwisko**.....

2. **PESEL** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

3. **Miejsce zamieszkania: kod** /..../..../-/..../..../..../**miejscowość**.....

   Numer telefonu. ……..……..…..…..

   adres mailowy Rodzica/Opiekuna .....

4. **Czy dziecko jest/nie jest/ leczone w poradni specjalistycznej (jakiej?)***

   …….

   …….

5. **Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (zasiłek pielęgnacyjny) ?**

TAK / NIE*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Dyrektora Bielskiego Szkolnego Ośrodka Gimnastyki Korekcyjno-Kompensacyjnej z siedzibą w Bielsku-Białej, ul. Józefa Lompy 7 w zakresie ujętym w niniejszej ankiecie i zobowiązaniu współpracy na potrzeby realizacji procesu korekcji wad postawy ciała mojego dziecka, zgodnie z Rozporządzeniem 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) (Dz.U. UE L z dnia 4 maja 2016 r.).

Treść obowiązku informacyjnego wynikającego z art. 13 ww. Rozporządzenia dostępna jest na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej BSOGKK pod adresem http://bsogk.bip.cuw.bielsko-biala.pl/
/* zakreślić właściwe

Data …….. **Podpis Rodzica** …….……..

Rok szkolny .....

Uprzejmie proszę o badanie lekarskie

Wyrażam zgodę na udział ww. dziecka w zajęciach gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej:

1. Na basenie:	**tak**	**nie**
2. Na sali gimnastycznej:	**tak**	**nie**
3. Hydromasażu:	**tak**	**nie**
4. Masażu:	**tak**	**nie**
5. Terapii manualnej:	**tak**	**nie**

....
Data **Podpis i pieczęć lekarza**

ZOBOWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

Zobowiązuję się do aktywnej współpracy w procesie korekcji mojego dziecka:

.....
nazwisko i imię dziecka

z Dyrekcją i nauczycielami BSOGKK im. Romana Liszki w Bielsku-Białej.

Współpraca ta dotyczy:

1. Zapewnienia systematycznego uczestnictwa dziecka w zajęciach w BSOGKK.
2. Dostarczenia aktualnego zdjęcia RTG kręgosłupa dziecka w pierwszym tygodniu zajęć (Rodzic ma prawo odmowy jego wykonania, co wymaga formy pisemnej).
3. Zapewnienia systematycznej realizacji zaleconych ćwiczeń domowych.
4. Zgłaszania nieobecności dziecka na zajęciach (do 1 tygodnia wstecz).
5. Udziału w zebraniach informacyjnych organizowanych przez Dyrekcję BSOGKK.
6. Znajomości i właściwej realizacji procedur obowiązujących w BSOGKK (przyjmowania na zajęcia, skreślenia z powodu absencji, badań kontrolnych i końcowych). Statut BSOGKK do wglądu w sekretariacie i na www.gkk.pl.
7. Osobistego kontaktu z nauczycielem prowadzącym dziecko (na bieżąco w trakcie całego roku szkolnego).

Warunkiem skutecznego oddziaływania korekcyjnego wobec Państwa dziecka jest sumienna realizacja powyższych zagadnień, a wszystkie działania podejmowane przez nas w stosunku do Państwa dziecka będzie cechowała rzetelność zawodowa skierowana na skuteczne i efektywne korygowanie jego wad postawy ciała, w ścisłej współpracy z lekarzem konsultantem placówki i Państwem jako jego prawnymi opiekunami.

W przypadku braku takiej współpracy, może nastąpić skreślenie z listy uczestników zajęć.

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody/* na pomiar istniejącej wady za pomocą bezinwazyjnego przyrządu diagnostycznego oraz na wykonanie zdjęć w technice cyfrowej sylwetki wraz z istniejącą wadą postawy ciała mojego dziecka. Działania te pozwolą na optymalizację procesu korekcji rozpoznanej u niego wady oraz pozwolą nauczycielowi prowadzącemu na bieżąco monitorować efekty tego procesu.

Czytelny podpis Rodzica ……..

ANKIETA UCZESTNIKA ZAJĘĆ W BSOGKK

1. **Imię i nazwisko**.....

2. **PESEL** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

3. **Miejsce zamieszkania: kod** /..../..../-/..../..../..../**miejscowość**.....

   Numer telefonu. ……..……..…..…..

   adres mailowy Rodzica/Opiekuna .....

4. **Czy dziecko jest/nie jest/ leczone w poradni specjalistycznej (jakiej?)***

   …….

   …….

5. **Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (zasiłek pielęgnacyjny) ?**

TAK / NIE*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Dyrektora Bielskiego Szkolnego Ośrodka Gimnastyki Korekcyjno-Kompensacyjnej z siedzibą w Bielsku-Białej, ul. Józefa Lompy 7 w zakresie ujętym w niniejszej ankiecie i zobowiązaniu współpracy na potrzeby realizacji procesu korekcji wad postawy ciała mojego dziecka, zgodnie z Rozporządzeniem 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) (Dz.U. UE L z dnia 4 maja 2016 r.).

Treść obowiązku informacyjnego wynikającego z art. 13 ww. Rozporządzenia dostępna jest na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej BSOGKK pod adresem http://bsogk.bip.cuw.bielsko-biala.pl/
/* zakreślić właściwe

Data …….. **Podpis Rodzica** …….……..

Rok szkolny .....

Uprzejmie proszę o badanie lekarskie

Wyrażam zgodę na udział ww. dziecka w zajęciach gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej:

1. Na basenie:	**tak**	**nie**
2. Na sali gimnastycznej:	**tak**	**nie**
3. Hydromasażu:	**tak**	**nie**
4. Masażu:	**tak**	**nie**
5. Terapii manualnej:	**tak**	**nie**

....
Data **Podpis i pieczęć lekarza**

ZOBOWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

Zobowiązuję się do aktywnej współpracy w procesie korekcji mojego dziecka:

.....
nazwisko i imię dziecka

z Dyrekcją i nauczycielami BSOGKK im. Romana Liszki w Bielsku-Białej.

Współpraca ta dotyczy:

1. Zapewnienia systematycznego uczestnictwa dziecka w zajęciach w BSOGKK.
2. Dostarczenia aktualnego zdjęcia RTG kręgosłupa dziecka w pierwszym tygodniu zajęć (Rodzic ma prawo odmowy jego wykonania, co wymaga formy pisemnej).
3. Zapewnienia systematycznej realizacji zaleconych ćwiczeń domowych.
4. Zgłaszania nieobecności dziecka na zajęciach (do 1 tygodnia wstecz).
5. Udziału w zebraniach informacyjnych organizowanych przez Dyrekcję BSOGKK.
6. Znajomości i właściwej realizacji procedur obowiązujących w BSOGKK (przyjmowania na zajęcia, skreślenia z powodu absencji, badań kontrolnych i końcowych). Statut BSOGKK do wglądu w sekretariacie i na www.gkk.pl.
7. Osobistego kontaktu z nauczycielem prowadzącym dziecko (na bieżąco w trakcie całego roku szkolnego).

Warunkiem skutecznego oddziaływania korekcyjnego wobec Państwa dziecka jest sumienna realizacja powyższych zagadnień, a wszystkie działania podejmowane przez nas w stosunku do Państwa dziecka będzie cechowała rzetelność zawodowa skierowana na skuteczne i efektywne korygowanie jego wad postawy ciała, w ścisłej współpracy z lekarzem konsultantem placówki i Państwem jako jego prawnymi opiekunami.

W przypadku braku takiej współpracy, może nastąpić skreślenie z listy uczestników zajęć.

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody/* na pomiar istniejącej wady za pomocą bezinwazyjnego przyrządu diagnostycznego oraz na wykonanie zdjęć w technice cyfrowej sylwetki wraz z istniejącą wadą postawy ciała mojego dziecka. Działania te pozwolą na optymalizację procesu korekcji rozpoznanej u niego wady oraz pozwolą nauczycielowi prowadzącemu na bieżąco monitorować efekty tego procesu.

Czytelny podpis Rodzica ……..