

**ANKIETA UCZESTNIKA ZAJĘĆ GIMNASTYKI
KOREKCYJNO – KOMPENSACYJNEJ W PRZEDSZKOLU**

Rok szkolny

1. **Imię i nazwisko**.....
2. **PESEL** /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...
3. **Numer telefonu**
4. **Adres e-mail**
5. **Dziecko jest/nie jest/ leczone w poradni specjalistycznej (jakiej?)***
6. **Dziecko posiada/nie posiada/orzeczenia o niepełnosprawności (zasilek pielęgnacyjny)***
7. **Zobowiązuję się do aktywnej współpracy w procesie korekcji z nauczycielem prowadzącym moje dziecko (na bieżąco w trakcie całego roku szkolnego).**

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 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.mzo.bielsko.pl/>

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.

/* **zakreślić właściwie**

Data **Podpis Rodzica**

Uprzejmie proszę o diagnozę dziecka:

1. Skolioza:* Thdx Th Ldx Ldx

Thsin ThLsin Lsin

2. Wada postawy:* DR DC DP DR/DC

3. Wady kolan:* Gvalg Gvara

4. Wady stóp:* PPL PPL valg

5. Inne:

*/ *zakreślić właściwą wadę postawy ciała*

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

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza