ANKIETA UCZESTNIKA ZAJĘĆ GIMNASTYKI KOREKCYJNO – KOMPENSACYJNEJ W SZKOLE

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 (zasiłek 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 właściwe

Data …….. **Podpis Rodzica** ……..……

Rok szkolny .....

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**