

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Oświadczam, że moje dziecko:

.....
/imię i nazwisko/

*PROSIMY ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ

A) Jest aktualnie pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego **TAK** **NIE**

Jeśli TAK to od kiedy:.....

B) Było pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego **TAK** **NIE**

Jeśli TAK to w jakim okresie życia:.....

**C) Przebywało w ośrodkach lub oddziałach neuropsychiatrii
dziecięcej** **TAK** **NIE**

Proszę podać nazwę placówki:

.....
.....

D) Znajduje się pod opieką innych lekarzy specjalistów **TAK** **NIE**

Proszę podać z jakiego powodu:

.....
.....

Administratorem jest Szkoła Podstawowa nr 353 im. „Wielkich Odkrywców”, ul. Cieplarniana 23, 05-077 Warszawa. Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: Kamila Rudzińska-Kępka iod.wesola@edukompetencje.pl. Dane przetwarzamy w celu procedowania złożonego przez Państwa pisma. Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne są w na stronie szkoły www.sp353.pl w zakładce dotyczącej ochrony danych osobowych (RODO).

.....
/miejscowość i data/

.....
/podpis rodzica, opiekuna/