

## 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](mailto: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](http://www.sp353.pl) w zakładce dotyczącej ochrony danych osobowych (RODO).*

.....  
/miejscowość i data/

.....  
/podpis rodzica, opiekuna/