



więcej informacji na temat
anafilaksji: allergia.pl

Imię i nazwisko dziecka:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

Telefon opiekuna prawnego:

FORMULARZ PODAWANIA LEKÓW

W sytuacji, gdy podczas pobytu w

nazwa placówki

u mojego dziecka wystąpią następujące objawy:

.....
.....
.....
.....
.....

upoważniam:

1. 4.

2. 5.

3. 6.

do podania mojemu dziecku leku:

.....
.....
.....

bądź zastosowania następujących działań:

.....
.....
.....

zgodnie z załączonym zaświadczeniem lekarskim.

W sytuacji, gdy nie będzie się można ze mną skontaktować, upoważniam do
pozyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka oraz jego odbioru z placówki:

imię i nazwisko: tel.

imię i nazwisko: tel.

Jednocześnie zobowiązuję się do dostarczenia nowego leku przed upływem daty ważności przekazanego leku, tj. przed dniem, a w razie zmiany stanu zdrowia dziecka, dawki lub sposobu dawkowania – także nowego zaświadczenia.

.....
Data, **czytelny** podpis opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, zawartych w niniejszym upoważnieniu oraz w zaświadczeniu lekarskim

.....
Data, **czytelny** podpis opiekuna prawnego

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:

1. Administratorem danych osobowych zawartych w formularzu podawania leków oraz załączonym do niego zaświadczeniu lekarskim jest z siedzibą w przy ul., zwane/-a dalej Administratorem.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:
3. Dane osobowe zawarte w formularzu podawania leków oraz załączonym do niego zaświadczeniu lekarskim przetwarzane są na podstawie obowiązujących przepisów prawa w celu ochrony stanu zdrowia dziecka przewlekle chorego, będącego pod opieką placówki, o której mowa w pkt 1.
4. Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody opiekuna prawnego dziecka (art. 9 ust. 2 lit. a RODO).
5. Dane osobowe będą ujawniane: osobom wskazanym w treści formularza podawania leków, pracownikom ochrony zdrowia, a także innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
6. Dane osobowe zawarte w formularzu podawania leków oraz załączonym do niego zaświadczeniu lekarskim będą przechowywane do końca okresu, w którym dziecko korzysta z opieki placówki, o której mowa w pkt 1, lub do czasu cofnięcia zgody opiekuna prawnego.
7. Każdy ma prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także przenoszenia danych. W celu realizacji tego prawa należy wystąpić z żądaniem na adres:
8. Każdy ma prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Każdy ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak jest warunkiem podania dziecku leku bądź zastosowania innych działań zgodnie z formularzem podawania leków oraz załączonym do niego zaświadczeniem lekarskim. Niepodanie danych osobowych uniemożliwia wykonanie upoważnienia zawartego w treści formularza podawania leków.

....., dnia

Miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany (-a)

imię i nazwisko, nr PESEL

nauczyciel/wychowawca/.....*

zawód osoby podpisującej oświadczenie

wyrażam zgodę na podanie

imię i nazwisko dziecka

leku:

.....

.....

.....

.....

bądź zastosowanie następujących działań:

.....

.....

.....

.....

zgodnie z upoważnieniem opiekuna prawnego dziecka, zawartym w formularzu

podawania leków z dnia w przypadku wystąpienia u w/w dziecka

następujących objawów:

.....

.....

.....

.....

.....

Jednocześnie oświadczam, że otrzymałem (-am) szczegółowe informacje nt.

stanu zdrowia w/w dziecka.

.....

Data, czytelny podpis

.....

Data i podpis przedstawiciela placówki odbierającego oświadczenie

.....

Data i podpis opiekuna prawnego odbierającego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić