

**Szanowni Państwo Rodzice/Opiekunowie**

Wieluński Dom Kultury we współpracy z .....  
realizuje „**Program profilaktyki wczesnego wykrywania wad i schorzeń narządu wzroku wśród dzieci w Gminie Wieluń**” - **dzieci II klas uczęszczających do szkół** podstawowych na terenie Gminy Wieluń. Warunkiem nieodpłatnego wykonania badania wzroku u Państwa dziecka jest wyrażenie zgody na ich wykonanie.

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko).....

Zamieszkały/a.....

Wyrażam zgodę na udział dziecka (imię i nazwisko).....

W **bezpłatnym** badaniu okulistycznym (badanie ostrości wzroku, widzenia barwnego, przedniego i tylnego odcinka oka, wady refrakcji, cover test).

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo wycofać się w każdej chwili z badania, jeżeli taka będzie moja wola. Wiem, że moje dane osobowe nigdy nie zostaną ujawnione, a zebrane informacje pozostaną poufne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka, uzyskanych w trakcie programu profilaktycznego zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL dziecka.....

Adres zamieszkania/zameldowania dziecka.....

Telefon kontaktowy.....

Szkoła Podstawowa nr ....., klasa.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego.....

Data:.....

Program finansowany z budżetu Gminy Wieluń

**Sprawozdanie merytoryczne**

z realizacji zadania w zakresie ochrony zdrowia – program polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki wczesnego wykrywania wad i schorzeń narządu wzroku wśród dzieci w Gminie Wieluń”

do faktury nr.....z dnia.....

1. Imienna lista dzieci wg załączonego wzoru

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Pesel	Nazwa lub nr szkoły podstawowej	Termin badania
1.				
2.				
3.				

2. Informacja o wadach wzroku.....  
.....  
.....

Dnia.....

.....

podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta