Szanowni Państwo Rodzice/Opiekunowie

Wieluński Dom Kultury 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.

W przypadku wyrażenia zgody prosimy o zwrot wypełnionego poniżej formularza najpóźniej do 8 marca 2019 r. do szkoły, do której uczęszcza dziecko lub do Wieluńskiego Domu Kultury.

Badania będą wykonywane w Centrum Dobrego Widzenia, lek. med. Elżbieta Pasternok,

98- 300 Wieluń, ul. Wojska Polskiego 11, tel. 502 130 292, 501 530 887w dniach:

- poniedziałek, środa, czwartek w godz. 15.00-18.00,

- wtorek, piątek w godz. 10.00-12.00,

O rozpoczęciu badań poinformujemy w terminie późniejszym.

W czasie badania konieczna jest obecność rodzica lub opiekuna.

Koordynatorem programu jest Wieluński Dom Kultury w Wieluniu, tel. 43 843 86 40 lub 694 478 978, www.wdkwielun.pl

![C:\Users\Zosia\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\MWOJOCWE\scissors-162091_640[1].png]()

adres zameldowania dziecka: …………………………………………………………………...

telefon rodzica / opiekuna prawnego: …………………………….……………….

nazwa szkoły dziecka: ……………………………………………………………… Wieluń, dnia...................... 2019 r.

***Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na badanie okulistyczne***

Ja, .................................................................................. zam. ...................................................................

 *(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego) (adres zameldowania)*

wyrażam zgodę na badanie okulistyczne (badanie ostrości wzroku, widzenia barwnego, przedniego i tylnego odcinka oka, wady refrakcji, cover test) mojego dziecka

……………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka*)

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

 *(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

*Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na iż administratorem danych osobowych moich i mojego dziecka/podopiecznego jest Gabinet Okulistyczny Elżbieta Pasternok, ul. Kochanowskiego 14, 98-300 Wieluń. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek obowiązkowe, jeśli osoba deklaruje chęć uczestnictwa w programie. Każdy uczestnik programu posiada prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również odwołania zgody na ich przetwarzanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

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

 *(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*