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)*