

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy przyznania indywidualnego nauczania dla ucznia\uczennicy

(imię i nazwisko)ⁱ

ur. adres zamieszkania:

ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający\ utrudniający uczęszczanie do szkoły

w okresie od - do: (na okres nie krótszy niż 30 dni):

.....
Rozpoznanie (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania):

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

Stan zdrowia: objawy choroby, leki, inne czynniki, ograniczające prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie klasowo-lekcyjnym:

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

ⁱ Zgodnie z art. 7 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej: „**RODO**” wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Nidzicy w celu objęcia dziecka. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania jak również z możliwością cofnięcia zgody w każdym momencie. Realizując obowiązek informacyjny wynikający z RODO na stronie www.poradnia.powiatnidzicki.pl umieściliśmy szczegółowe informacje na temat przetwarzania Państwa danych osobowych (Klauzulę Informacyjną).

.....
/czytelny podpis rodziców/opiekuna prawnego/ucznia
pełnoletniego/