

ANKIETA UCZESTNIKA ZAJĘĆ W BSO GKK

1. **Imię i nazwisko**.....
2. **PESEL** /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...
3. **Miejsce zamieszkania: kod** /.../.../-/.../.../.../.../**mięscowość**.....

Numer telefonu.

adres mailowy Rodzica/Opiekuna
4. **Czy dziecko jest/nie jest/ leczone w poradni specjalistycznej (jakiej?)***
.....
.....
5. **Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (zasilek pielęgnacyjny) ?**

TAK / NIE*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Dyrektora Bielskiego Szkolnego Ośrodka Gimnastyki Korekcyjno-Kompensacyjnej z siedzibą w Bielsku-Białej, ul. Józefa Lompy 7 w zakresie ujętym w niniejszej ankiecie i zobowiązaniu współpracy na potrzeby realizacji procesu korekcji wad postawy ciała mojego dziecka, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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) (Dz.U. UE L z dnia 4 maja 2016 r.).

Treść obowiązku informacyjnego wynikającego z art. 13 ww. Rozporządzenia dostępna jest na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej BSO GKK pod adresem <http://bsogk.bip.cuw.bielsko-biala.pl/>
/* **zakreślić właściwe**

Data **Podpis Rodzica**

Rok szkolny

Uprzejmie proszę o badanie lekarskie

Wyrażam zgodę na udział ww. dziecka w zajęciach gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej:

- | | | |
|---------------------------|------------|------------|
| 1. Na basenie: | tak | nie |
| 2. Na sali gimnastycznej: | tak | nie |
| 3. Hydromasażu: | tak | nie |
| 4. Masażu: | tak | nie |
| 5. Terapii manualnej: | tak | nie |

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

ZOBOWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

Zobowiązuję się do aktywnej współpracy w procesie korekcji mojego dziecka:

.....
nazwisko i imię dziecka

z Dyrekcją i nauczycielami BSO GKK im. Romana Liszki w Bielsku-Białej.

Współpraca ta dotyczy:

1. Zapewnienia systematycznego uczestnictwa dziecka w zajęciach w BSO GKK.
2. Dostarczenia aktualnego zdjęcia RTG kręgosłupa dziecka (Rodzic ma prawo odmowy jego wykonania, co wymaga formy pisemnej).
3. Zapewnienia systematycznej realizacji zaleconych ćwiczeń domowych.
4. Zgłaszania nieobecności dziecka na zajęciach (do 1 tygodnia wstecz).
5. Udziału w zebraniach informacyjnych organizowanych przez Dyrekcję BSO GKK.
6. Znajomości i właściwej realizacji procedur obowiązujących w BSO GKK (przyjmowania na zajęcia, skreślenia z powodu absencji, badań kontrolnych i końcowych). Statut BSO GKK do wglądu w sekretariacie i na www.gkk.pl.
7. Osobistego kontaktu z nauczycielem prowadzącym dziecko (na bieżąco w trakcie całego roku szkolnego).

Warunkiem skutecznego oddziaływania korekcyjnego wobec Państwa dziecka jest sumienna realizacja powyższych zagadnień, a wszystkie działania podejmowane przez nas w stosunku do Państwa dziecka będzie cechowała rzetelność zawodowa skierowana na skuteczne i efektywne korygowanie jego wad postawy ciała, w ścisłej współpracy z lekarzem konsultantem placówki i Państwem jako jego prawnymi opiekunami.

W przypadku braku takiej współpracy, może nastąpić skreślenie z listy uczestników zajęć.

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody/* na pomiar istniejącej wady za pomocą bezinwazyjnego przyrządu diagnostycznego oraz na wykonanie zdjęć w technice cyfrowej sylwetki wraz z istniejącą wadą postawy ciała mojego dziecka. Działania te pozwolą na optymalizację procesu korekcji rozpoznanej u niego wady oraz pozwolą nauczycielowi prowadzącemu na bieżąco monitorować efekty tego procesu.

Czytelny podpis Rodzica

ANKIETA UCZESTNIKA ZAJĘĆ W BSO GKK

1. **Imię i nazwisko**.....
2. **PESEL** /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../
3. **Miejsce zamieszkania: kod** /.../.../-/.../.../.../.../**mięscowość**.....

Numer telefonu.

adres mailowy Rodzica/Opiekuna
4. **Czy dziecko jest/nie jest/ leczone w poradni specjalistycznej (jakiej?)***
.....
.....
5. **Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (zasilek pielęgnacyjny) ?**

TAK / NIE*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Dyrektora Bielskiego Szkolnego Ośrodka Gimnastyki Korekcyjno-Kompensacyjnej z siedzibą w Bielsku-Białej, ul. Józefa Lompy 7 w zakresie ujętym w niniejszej ankiecie i zobowiązaniu współpracy na potrzeby realizacji procesu korekcji wad postawy ciała mojego dziecka, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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) (Dz.U. UE L z dnia 4 maja 2016 r.).

Treść obowiązku informacyjnego wynikającego z art. 13 ww. Rozporządzenia dostępna jest na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej BSO GKK pod adresem <http://bsogk.bip.cuw.bielsko-biala.pl/>
/* **zakreślić właściwe**

Data **Podpis Rodzica**

Rok szkolny

Uprzejmie proszę o badanie lekarskie

Wyrażam zgodę na udział ww. dziecka w zajęciach gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej:

- | | | |
|---------------------------|------------|------------|
| 1. Na basenie: | tak | nie |
| 2. Na sali gimnastycznej: | tak | nie |
| 3. Hydromasażu: | tak | nie |
| 4. Masażu: | tak | nie |
| 5. Terapii manualnej: | tak | nie |

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

ZOBOWIĄZANIE WSPÓŁPRACY

Zobowiązuję się do aktywnej współpracy w procesie korekcji mojego dziecka:

.....
nazwisko i imię dziecka

z Dyrekcją i nauczycielami BSO GKK im. Romana Liszki w Bielsku-Białej.

Współpraca ta dotyczy:

1. Zapewnienia systematycznego uczestnictwa dziecka w zajęciach w BSO GKK.
2. Dostarczenia aktualnego zdjęcia RTG kręgosłupa dziecka (Rodzic ma prawo odmowy jego wykonania, co wymaga formy pisemnej).
3. Zapewnienia systematycznej realizacji zaleconych ćwiczeń domowych.
4. Zgłaszania nieobecności dziecka na zajęciach (do 1 tygodnia wstecz).
5. Udziału w zebraniach informacyjnych organizowanych przez Dyrekcję BSO GKK.
6. Znajomości i właściwej realizacji procedur obowiązujących w BSO GKK (przyjmowania na zajęcia, skreślenia z powodu absencji, badań kontrolnych i końcowych). Statut BSO GKK do wglądu w sekretariacie i na www.gkk.pl.
7. Osobistego kontaktu z nauczycielem prowadzącym dziecko (na bieżąco w trakcie całego roku szkolnego).

Warunkiem skutecznego oddziaływania korekcyjnego wobec Państwa dziecka jest sumienna realizacja powyższych zagadnień, a wszystkie działania podejmowane przez nas w stosunku do Państwa dziecka będzie cechowała rzetelność zawodowa skierowana na skuteczne i efektywne korygowanie jego wad postawy ciała, w ścisłej współpracy z lekarzem konsultantem placówki i Państwem jako jego prawnymi opiekunami.

W przypadku braku takiej współpracy, może nastąpić skreślenie z listy uczestników zajęć.

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody/* na pomiar istniejącej wady za pomocą bezinwazyjnego przyrządu diagnostycznego oraz na wykonanie zdjęć w technice cyfrowej sylwetki wraz z istniejącą wadą postawy ciała mojego dziecka. Działania te pozwolą na optymalizację procesu korekcji rozpoznanej u niego wady oraz pozwolą nauczycielowi prowadzącemu na bieżąco monitorować efekty tego procesu.

Czytelny podpis Rodzica