



ZGODA NA BADANIE

Nazwa jednostki.....

Klasa/grupa.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia dziecka.....

Wyraża, zgodę na objęcie mojego dziecka badaniami dotyczącymi wady postawy w ramach programu profilaktyki zdrowotnej „Lidzbark Warmiński bez wad postawy”.

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 poz. 922) do potrzeb realizacji programu „Lidzbark Warmiński bez wad postawy”.

Podpis opiekuna prawnego