**Załącznik nr 1**

ZGODA PRACOWNIKA PLACÓWKI NA PODAWANIE LEKÓW DZIECKU   
Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ

Ja, niżej podpisana/y …..............................................................................................................................   
 (imię, nazwisko pracownika)

wyrażam zgodę na podawanie dziecku …..................................................................................................   
 (imię, nazwisko dziecka)

leku ............................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
 (nazwa leku)

zgodnie z zaleceniami przedstawionymi przez rodzica w upoważnieniu do podawania leku. Oświadczam, że zostałam/em poinstruowana/y o sposobie podania leku i wykonaniu czynności medycznej.

Głogów, dn. .............................. ....................................................................   
 (czytelny podpis pracownika placówki)

**Załącznik nr 2**

UPOWAŻNIENIE RODZICA DO PODAWANIA LEKU   
DZIECKU Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ PRZEZ PRACOWNIKA PLACÓWKI

Ja , niżej podpisana/y ……………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko rodzica)

upoważniam ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko pracownika placówki)

do podawania mojemu dziecku………………… ………………………………………………………..  
 (imię, nazwisko dziecka)

leku ……………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………  
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

Dodatkowe uwagi ………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność za informacje udzielone pracownikom placówki oraz konsekwencje dotyczące podawania mojemu dziecku leków zgodnie z przedłożoną przeze mnie instrukcją. Do oświadczenia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania dziecku leku. Upoważnienia udzielam na okres od dnia ………………………………… do anulowania. Anulowanie upoważnienia wymaga formy pisemnej.

Głogów, dn. .............................. ....................................................................................................   
 (czytelny podpis rodzica)

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

W związku 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  (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

informuję, że zgodnie z Art. 13:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka jest   
   Zespół Placówek Szkolno-Wychowawczych w Głogowie   
   ul. Sportowa 1, 67-200 Głogów  
     
   tel. 76 8313990, email: zpsw.glogow@wp.pl
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:

Jędrzej Bajer tel. 533 80 70 40 lub iod@odoplus.pl

1. Dane osobowe Pana/Pani oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit.,c ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań statutowych i ustawowych wynikających w szczególności z prawa oświatowego
2. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka przechowywane będą przez okres edukacji dziecka w naszej placówce oraz zgodnie z aktualnymi przepisami archiwalnymi.
3. Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowaniu, oraz w uzasadnionych prawem przypadkach usunięciu danych osobowych
4. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego UODO (Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w.

………………………………………………….

*(podpis rodzica)*

**Załącznik nr 3**

UPOWAŻNIENIE UCZNIA/WYCHOWANKA DO PODAWANIA LEKU   
PRZEZ PRACOWNIKA PLACÓWKI

Ja , niżej podpisana/y ……………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko ucznia/wychowanka)

upoważniam ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………  
(imię i nazwisko pracownika placówki)

do podawania leku ……………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………  
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia

Dodatkowe uwagi ………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność za informacje udzielone pracownikom placówki oraz konsekwencje dotyczące podawania leków zgodnie z przedłożoną instrukcją. Do oświadczenia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku. Upoważnienia udzielam na okres od dnia ………………………………… do anulowania. Anulowanie upoważnienia wymaga formy pisemnej.

Głogów, dn. .............................. ....................................................................................................   
 (czytelny podpis ucznia/wychowanka)

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

W związku 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  (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

informuję, że zgodnie z Art. 13:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest   
   Zespół Placówek Szkolno-Wychowawczych w Głogowie   
   ul. Sportowa 1, 67-200 Głogów  
     
   tel. 76 8313990, email: zpsw.glogow@wp.pl
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:

Jędrzej Bajer tel. 533 80 70 40 lub iod@odoplus.pl

1. Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit.,c ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań statutowych i ustawowych wynikających w szczególności z prawa oświatowego
2. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres edukacji w naszej placówce oraz zgodnie z aktualnymi przepisami archiwalnymi.
3. Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowaniu, oraz w uzasadnionych prawem przypadkach usunięciu danych osobowych
4. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego UODO (Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w.

………………………………………………….

*(podpis pełnoletniego ucznia/wychowanka)*

**Załącznik nr 4**

**REJESTR PODAWANYCH LEKÓW**

Imię i nazwisko dziecka: ..........................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa leku** | **Data i godzina** | **Dawka** | **Podpis osoby podającej lek** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Załącznik nr 5**

**DIETA**

Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………………………………………….

Produkty zabronione: ……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Produkty dozwolone: ……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Informacje dodatkowe: ……………………………………………………………..……………………

……………………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………………………

Głogów, dn. .............................. ....................................................................................................   
 (czytelny podpis rodzica)

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

W związku 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  (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

informuję, że zgodnie z Art. 13:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka jest   
   Zespół Placówek Szkolno-Wychowawczych w Głogowie   
   ul. Sportowa 1, 67-200 Głogów  
     
   tel. 76 8313990, email: zpsw.glogow@wp.pl
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:

Jędrzej Bajer tel. 533 80 70 40 lub iod@odoplus.pl

1. Dane osobowe Pana/Pani oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit.,c ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań statutowych i ustawowych wynikających w szczególności z prawa oświatowego
2. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka przechowywane będą przez okres edukacji dziecka w naszej placówce oraz zgodnie z aktualnymi przepisami archiwalnymi.
3. Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowaniu, oraz w uzasadnionych prawem przypadkach usunięciu danych osobowych
4. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego UODO (Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w.

………………………………………………….

*(podpis rodzica)*