## ZAŁĄCZNIK NR 4

ZGODY RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCE ZDROWIA DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

_____ miejscowość i data

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia dziecka: _____

PESEL dziecka: _____

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka (I): _____

Numer kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego dziecka (I): _____

PESEL rodzica/opiekuna prawnego dziecka (opcjonalnie): _____

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka (II)*: _____

Numer kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego dziecka (II)*: _____

PESEL rodzica/opiekuna prawnego dziecka (opcjonalnie)*: _____

INFORMACJE:

1. W przypadku dziecka, które nie ukończyło 16. roku życia, niniejszy formularz wypełniają jego rodzice/opiekunowie prawni. W przypadku dziecka, które ukończyło 16. rok życia, niniejszy formularz podpisuje poza rodzicami/opiekunami prawnymi również dziecko.

2. W przypadku niemożności uzyskania zgody obojga rodziców/opiekunów prawnych, poniższe oświadczenie wypełnia jeden z rodziców/opiekunów prawnych:

Oświadczam, że będąc pouczona/y o treści art. 97* ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. 2019 poz. 2086 z późn. zm.), wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych przez drugiego rodzica/opiekuna prawnego nie jest możliwe z przyczyn mi znanych bądź uzyskałam/em zgodę na przetwarzanie danych od drugiego rodzica/opiekuna prawnego.

* Art. 97 § 1. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania. § 2. Jednakże o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie; w braku porozumienia między nimi rozstrzyga sąd opiekuńczy.

_____

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego