

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA PODOPIECZNYCH PONIŻEJ 18 R.Ż.



Imię i nazwisko dziecka:	
Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego:	Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego:
Numer telefonu:	Adres e-mail: Czy chcesz otrzymywać newsletter? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Adres zamieszkania:	

Prosimy o zaznaczenie odpowiedniej odpowiedzi:

Płeć dziecka: <input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska	Data urodzenia dziecka:
Wiek matki/opiekuna prawnego: <input type="checkbox"/> 18 – 30 lat <input type="checkbox"/> 31 – 50 lat <input type="checkbox"/> 51-65 lat	Wiek ojca/opiekuna prawnego: <input type="checkbox"/> 18 – 30 lat <input type="checkbox"/> 31 – 50 lat <input type="checkbox"/> 51-65 lat
Dziecko ma: <input type="checkbox"/> Rozszczep kręgosłupa <input type="checkbox"/> Wodogłowie <input type="checkbox"/> Inne:	
Czy dziecko przeszło zabieg zamknięcia rozszczepu kręgosłupa w łonie matki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

<p>Czy dziecko przeszło zabieg ETV (Endoscopic Third Ventriculostomi)?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Czy dziecko ma wszczepioną zastawkę?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Czy dziecko używa wózka inwalidzkiego?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Jeśli tak, jakiego typu to wózek?</p> <p><input type="checkbox"/> Ręczny</p> <p><input type="checkbox"/> Elektryczny do użytku na zewnątrz</p> <p><input type="checkbox"/> Elektryczny do użytku wewnątrz</p> <p><input type="checkbox"/> Używa tylko okazjonalnie</p>
<p>Czy dziecko potrafi chodzić?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Jeśli tak, to w jaki sposób?</p> <p><input type="checkbox"/> Chodzi samodzielnie</p> <p><input type="checkbox"/> Chodzi o kulach</p> <p><input type="checkbox"/> Chodzi bez pomocy kul, ale z zastosowaniem zaopatrzenia ortopedycznego</p>
<p>Do jakiej placówki edukacyjnej uczęszcza dziecko?</p> <p><input type="checkbox"/> Przedszkole</p> <p><input type="checkbox"/> Przedszkole z Oddziałami Integracyjnymi</p> <p><input type="checkbox"/> Szkoła Podstawowa</p> <p><input type="checkbox"/> Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi</p> <p><input type="checkbox"/> Gimnazjum</p> <p><input type="checkbox"/> Gimnazjum z Oddziałami Integracyjnymi</p> <p><input type="checkbox"/> Inne:</p>	
<p>Jakie są Twoje oczekiwania wobec Fundacji Spina?</p>	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Podopiecznego, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz.926 z późn. zm.) przez Fundację „SPINA” dla potrzeb działalności Fundacji, w celu realizacji jej zadań statutowych. Administratorem danych osobowych w rozumieniu w/w ustawy jest Fundacja Spina z siedzibą w Katowicach, ul. Chorzowska 214/10, 40-101 Katowice. Zostałam/em poinformowany, że zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Podopiecznego jest dobrowolna, a także o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych oraz danych osobowych Podopiecznego i ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Fundację Spina wizerunku Podopiecznego i mojego w materiałach promocyjnych i informacyjnych Fundacji, w każdej formie ,w szczególności w formie ulotek, na stronie internetowej, w filmach promocyjnych, prezentacjach, w mediach).

Data:

.....

Podpis:

.....