



ZGODA NA UCZESTNICZENIE W PROJEKCIE

Imię i nazwisko dziecka			
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna			
Telefon kontaktowy			
Data urodzenia dziecka	1996 --..... (rrrr - mm - dz)	Płeć	<input type="radio"/> K
PESEL			<input type="radio"/> M

Nazwa i nr szkoły		Klasa	
-------------------	--	-------	--

Choroby przewlekłe	<input type="radio"/> rzadko <input type="radio"/> często <input type="radio"/> bardzo często		
Dodatkowe zajęcia sportowe (np. basen)	<input type="radio"/> powyżej 3 razy / tydzień <input type="radio"/> 1-2 razy w tygodniu <input type="radio"/> brak		
Słuch	L	<input type="radio"/> dobry <input type="radio"/> obniżony	Uwagi (aparat słuchowy)
	P	<input type="radio"/> dobry <input type="radio"/> obniżony	
Wzrok	L	<input type="radio"/> prawidłowy <input type="radio"/> krótkowzroczność <input type="radio"/> dalekowzroczność	Uwagi (szkła korekcyjne)
	P	<input type="radio"/> prawidłowy <input type="radio"/> krótkowzroczność <input type="radio"/> dalekowzroczność	

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na przeprowadzenie badania postawy ciała metodą fotogrametryczną z wykorzystaniem zjawiska Moire'a (metoda nieinwazyjna).

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ust. o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. Dz.U.Nr 133 poz. 883 z późn. zmianami

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na wykorzystanie wyników badań do celów publikacji naukowych.

* niepotrzebne skreślić

.....
Podpis rodzica / opiekuna i data

Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne
MEDYK POLIKLINIKA

ul. Sokola 38
60-644 Poznań
tel: 61 8 490 965
tel/fax: 061 849 04 93

www.medyk-poliklinika.pl
e-mail: projekt.powiat@gmail.com
REGON: 630858548-00025
NIP: 972-031-81-14