Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

DATA: .....

IMIĘ I NAZWISKO: .....

NUMER TELEFONU: .....

CZY MIESZKASZ LUB MIAŁAŚ/EŚ KONTAKT Z OSOBĄ CHORĄ, LUB KTÓRA PRZEBYWA NA KWARANTANNIE? TAK / NIE

CZY W CIĄGU OSTATNICH 7DNI MIAŁAŚ/EŚ OBJAWY (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ):

- **KASZEL**
- **DUSZNOŚCI**
- **GORĄCZKA**
- **BÓLE MIĘŚNI/CIAŁA**
- **ŻADNE Z POWYŻSZYCH**

CZY W CIĄGU OSTATNICH 7DNI TWOJE DZIECKO MIAŁO OBJAWY (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ):

- **KASZEL**
- **DUSZNOŚCI**
- **GORĄCZKA**
- **BÓLE MIĘŚNI/CIAŁA**
- **ŻADNE Z POWYŻSZYCH**

Oświadczam, że wszystkie podane informacje są zgodne prawdą. Dane osobowe będą przechowywane przez 30 dni od dnia ich otrzymania. Po upływie tego czasu, oświadczenie zostanie zniszczone, zgodnie z obowiązującym RODO.

Administratorem Pana/Pani danych osobowych, zamieszczonych w formularzu, jest Centrum Kultury Gminy Nowa Ruda z siedzibą w Ludwikowicach Kłodzkich, przy ul. Fabrycznej 2, wpisane do rejestru Instytucji Kultury Gminy Nowa Ruda pod nr 2 (dalej zwana „Administratorem").

Kontakt z Administratorem za pośrednictwem następującego adresu e-mail: **imprezy@ckgnr.pl**

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego