

Inrichtende Macht/Schoolbestuur:

vzw OZCS Midden-Kempen

Oude Molenstraat 11

2390 Westmalle

Tel.: 03 484 44 98

ozcs.middenkempen@vorselaaroi.be

VZW OZCS Midden - Kempen

School: 009399

Vrije Basisschool 'De Parel'

Kloosterstraat 2A

2460 Lichtaart

Tel: 014 55 20 00

e-mail: info@vbs-deparel.be

Gezondheidsfiche

Gezondheidsfiche - vertrouwelijk

Naam en voornaam van de leerling: _____

Schooljaar: _____ Klas: _____

De privacywet verbiedt de verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen (art. 9, lid 1 AVG), tenzij u de school hiervoor **schriftelijk toestemming** geeft (art. 9, lid 2 AVG). U kan, indien u dat wenst, deze toestemming op elk moment intrekken. U hebt ook het recht deze gegevens in te zien en zonodig te laten verbeteren.

De school zal deze gegevens enkel verwerken met de **bedoeling**

- adequaat te kunnen reageren bij risicosituaties;
- uw zoon/dochter te begeleiden bij zijn/haar studie, studiekeuze en socio-emotionele ontwikkeling.

Enkel de personen die rechtstreeks bij de begeleiding van uw zoon/dochter betrokken zijn kunnen deze gegevens raadplegen. Deze personen zijn ertoe gehouden het **vertrouwelijke karakter** van deze informatie te eerbiedigen.

U bent **niet verplicht** gegevens over de gezondheid van uw zoon of dochter mee te delen. De school kan echter geen rekening houden met gegevens die haar niet bekend zijn.

De info wordt verwerkt zolang als nodig is om uw zoon/dochter op te volgen.

1. Van welke gegevens over de gezondheid van uw kind wenst u de school op de hoogte te brengen?

2. Wordt uw kind hiervoor behandeld?

 Ja Neen

3. Wenst u in dat geval de naam, adres en telefoonnummer op te geven van de behandelende (huis)arts, dit om eventueel contact te kunnen nemen.

4. Neemt uw kind hiervoor medicatie in? Ja Neen

5. Wat verwacht u van de school op dit vlak? Wat moeten we weten of doen (o.a. over het gebruik van medicatie)? Wat mogen we zeker niet doen? De school zal, indien nodig, met u overleggen over wat zij haalbaar acht en wat niet.

6. Bent u van oordeel dat de gezondheidstoestand het volgen van bepaalde lessen beïnvloedt?

Ook hier zal de school, indien nodig, met u overleggen over wat zij haalbaar acht en wat niet.

Ondergetekende, vader moeder andere.....

stemt in met de verwerking van deze gegevens betreffende de gezondheid van zijn/haar zoon/ dochter in het kader van de vermelde doelen.

wenst geen gegevens betreffende de gezondheid van hun zoon/ dochter mee te delen.

Datum: ____ / ____ / 20 ____

Naam ouder: _____

Handtekening: