

## Wdrożenie i realizacja programu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci klas I-VI szkół podstawowych, w zakresie otyłości i chorób kręgosłupa, w CM ARNICA w Starych Babicach

Szanowni Rodzice,

badania dowiodły, że wady postawy ciała stanowią problem społeczno-cywilizacyjny. Nieprawidłowości postawy ciała to przede wszystkim: skoliozy piersiowe i lędźwiowe, odstające łopatki, postawy skoliotyczne, wady stóp, otyłość.

Wielogodzinne siedzenie w ławce szkolonej, a następnie przed komputerem czy telewizorem, mało ruchu, spożywanie ilości pokarmów przekraczające zapotrzebowanie energetyczne organizmu lub nieodpowiednich, przyczyniły się do pogorszenia stanu zdrowia i postawy ciała u dzieci i młodzieży.

Wyniki badań pilotażowych wykonane w wybranych szkołach w Polsce w 2016r, wykazały występowanie wad postawy ciała aż u 93,2% badanych dzieci. Wczesne wykrywanie nieprawidłowości stwarza możliwość wprowadzenia skutecznej profilaktyki i leczenia.





Mając powyższe na uwadze, Centrum Medyczne ARNICA w Starych Babicach we współpracy z Urzędem Gminy w Starych Babicach, rozpoczyna program „Wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci z klas I-VI szkół podstawowych”. Program jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej, dzięki czemu proces terapeutyczny jest bezpłatny dla jego uczestników.

Program obejmuje:

- badania dzieci prowadzone w szkole w celu wstępnego wytypowania uczestników programu,
- szczegółowe badania w Centrum Medycznym ARNICA,
- dobór indywidualnych ćwiczeń dla każdego dziecka,
- rehabilitację pod okiem: fizjoterapeutów, psychologa, dietetyka, lekarza,
- analizę postępów terapeutycznych w trakcie procesu,
- możliwość indywidualnych konsultacji rodziców z poszczególnymi terapeutami w celu osiągnięcia jak najlepszych wyników terapeutycznych.

Proces terapeutyczny będzie dokumentowany zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurami medycznymi w formie dokumentacji medycznej dziecka.



W celu rozpoczęcia działań i zakwalifikowania dziecka do programu, niezbędna jest zgoda rodziców i podpisanie przez rodzica:

1. Deklaracji przystąpienia dziecka do programu.
2. Zgody na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych zgodnie z RODO, dla celów medycznych i naukowych.
3. Zgody na badanie i rehabilitację dziecka.
4. Zgody na działania informacyjno-marketingowe CM ARNICA jako współfinansującego całość projektu.

***Wszystkich rodziców, którzy chcą aby ich dzieci wzięły udział w bezpłatnym programie badań i rehabilitacji, prosimy o wypełnienie załączonych dokumentów i dostarczenie podpisanych czytelnym podpisem rodzica zgód i deklaracji do wychowawców klas.***

Więcej szczegółowych informacji na temat: chorób, procesu badania, procesu rehabilitacji i oceny stanu zdrowia dzieci możecie Państwo znaleźć na stronach: CM ARNICA, Urzędu Gminy Stare Babice oraz każdej ze Szkół Podstawowych na terenie gminy Stare Babice.





**Serdecznie zapraszamy wszystkie Dzieci i Rodziców do udziału w programie.**

**Zapewniamy fachową opiekę terapeutyczną.**

**Nasze zajęcia dają efekty terapeutyczne i jednocześnie dobrą zabawę dla dziecka.**

Jacek Olszewski

Właściciel CM ARNICA





## ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Ja, niżej podpisana(y), oświadczam, że uzyskałam (em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam (em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział:

.....  
**(czytelnie drukowanymi literami imię i nazwisko Dziecka oraz oznaczenie szkoły i klasy do której uczęszcza)**

w projekcie pn. „Wdrożenie i realizacja programu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci klas I-VI szkół podstawowych, w zakresie otyłości i chorób kręgosłupa, w CM ARNICA w Starych Babicach”, w ramach programu pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”, i jestem świadoma (y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
2. Wyżej wymienione dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze udziału i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS, np. u innego beneficjenta realizującego program pn. „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.

Przez podpisanie zgody na udział w ww. programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymam kopię niniejszego formularza, opatrzone podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu oraz wykorzystywanie wizerunku dziecka na potrzeby promocji projektu pn. „Wdrożenie i realizacja programu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci klas I-VI szkół podstawowych, w zakresie otyłości i chorób kręgosłupa, w CM ARNICA w Starych Babicach”, zgodnie z obowiązującym prawem.

.....  
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (czytelnie drukowanymi literami)

.....  
data i podpis

ORYGINAŁ/KOPIA



## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z wprowadzonym ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Arnica Olszewski i Wspólnik Spółka Jawna, ul. Wąwozowa 22/89, 02-796 Warszawa, NIP: 9512349868.

Informujemy, iż Państwa dane są gromadzone i przetwarzane przez Administratora w celu prawidłowej realizacji i ewaluacji projektu pn. „*Wdrożenie i realizacja programu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci klas I-VI szkół podstawowych, w zakresie otyłości i chorób kręgosłupa, w CM ARNICA w Starych Babicach*”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach działania 9.2. *Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej*, Poddziałania 9.2.2 *Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych* Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, oraz, w celu monitoringu i ewaluacji projektu, zostaną przekazane do Instytucji pośredniczącej w realizacji programu, tj. Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych Ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa, tel. (22) 542-20-00, e-mail: [mjwpu@mazowia.eu](mailto:mjwpu@mazowia.eu), [www.mazowia.eu](http://www.mazowia.eu); [www.funduszedlamazowska.eu](http://www.funduszedlamazowska.eu).

Dane są przetwarzane na podstawie Państwa zgody na ich przetwarzanie w oparciu o Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Państwa dane osobowe będą przechowywane i przetwarzane w okresie realizacji projektu oraz przez okres 10 lat od jego zakończenia, w celu ewaluacji projektu, jego promocji oraz dostępności całej dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak jest niezbędne do prawidłowej realizacji programu pn. „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.

Do prawidłowej realizacji programu wykorzystujemy następujące dane osobowe dziecka i rodziców: imię i nazwisko uczestnika oraz opiekunów/rodziców, adres e-mail rodziców/opiekunów, tel. kontaktowy, PESEL uczestnika, data urodzenia uczestnika, dokumentacja medyczna uczestnika, zdjęcia, adres jednostki oświatowej do której uczęszcza uczestnik.

Wyrażam również zgodę na użycie niektórych materiałów, które mogą dotyczyć mojego dziecka, takich jak zdjęcia z prowadzonych zajęć rehabilitacyjnych dla celów działań informacyjno-marketingowe CM ARNICA jako współfinansującego całość projektu.

Informujemy, iż przysługuje Państwu:

1. Prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii
2. Prawo do sprostowania (poprawiania, uzupełniania) swoich danych osobowych
3. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych, ich przenoszenia
4. Prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych

Prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych mogą wyrazić Państwo poprzez e-mail: [wadypostawy@cmarnica.pl](mailto:wadypostawy@cmarnica.pl)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka:

.....  
(czytelnie imię i nazwisko Dziecka oraz oznaczenie szkoły i klasy do której uczęszcza)

.....  
(czytelnie imię i nazwisko Rodzica, data i podpis)



