



Dokter Coenstraat 18
2660 Hoboken
03 827 78 78
www.sint-agnes.be

Toestemmingsformulier

Naam en voornaam van de leerling: _____
Schooljaar: _____ Klas: _____

Gelet op de GDPR (of AVG) wetgeving inzake informatieveiligheid en privacy willen wij uw uitdrukkelijke toestemming vragen voor een aantal verwerkingen die wij met de persoonsgegevens doen. Gelieve hieronder duidelijk uw keuze aan te vinken aangaande een aantal specifieke gegevensverwerkingen. Het gaat om verwerkingen die buiten het nakomen van onze verplichtingen vallen.

	JA	NEEN
Mogen er foto's genomen worden van activiteiten, excursies, enz. waarop uw kind geïdentificeerd kan worden?		
Mag de school foto's gebruiken voor een Intern platform waarop enkel personeel, ouders en leerlingen kunnen aanmelden?		
Mag de school foto's en/beeldmateriaal gebruiken voor de website? www.sint-agnes.be		
Mag de school foto's publiceren in de nieuwsbrief 'de Hallo'?		
Mag de school foto's uithangen aan het raam of in de gangen van het schoolgebouw?		
Mag uw kind op de klasfoto staan?		

Ondergetekende, vader moeder andere.....

stemt in met de verwerking van deze gegevens in het kader van de vermelde doelen.

Datum: ____ / ____ / 20____

Naam ouder: _____

Handtekening:



Dokter Coenstraat 18
2660 Hoboken
03 827 78 78
www.sint-agnes.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 zondig 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: