

.....  
(miejsowość, data )

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na uczęszczanie mojego dziecka .....  
do Placówki Wsparcia Dziennego w Szczepankowie oraz na samodzielne przychodzenie dziecka do  
Placówki i powrót z niej do domu.

Zapoznałem/am się z Regulaminem Organizacyjnym Placówki Wsparcia Dziennego  
w Szczepankowie.

Zostałem/am poinformowany/a, że pracownicy Placówki odpowiadają za bezpieczeństwo  
dzieci uczęszczających do niej tylko podczas zajęć przez nich organizowanych. W przypadku  
samowolnego, bez uzgodnienia z opiekunem, oddalenia się dziecka od grupy, pracownicy Placówki  
nie ponoszą odpowiedzialności za bezpieczeństwo wychowanka.

.....  
podpis rodziców /prawnych opiekunów

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r.  
poz. 1182) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych  
(tj. niepełnosprawność, choroba itp.) w celu objęcia dziecka opieką i wsparciem w placówce wsparcia  
dziennego w ramach realizacji ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Jednocześnie oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- Administratorem moich danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.
- Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt. 2 lub art.  
27 ust. 2 pkt. 2 w/w ustawy.
- Mam prawo dostępu do treści swoich danych wrażliwych i ich poprawiania.

.....  
podpis rodziców /prawnych opiekunów

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na publikację zdjęć dziecka i jego rodziny (rodziców, dziadków,  
rodzeństwa) objętych opieką i wsparciem w placówce wsparcia rodziny w ramach realizacji ustawy  
o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej na stronie internetowej Ośrodka, lokalnych  
portalach internetowych oraz w prasie lokalnej.

.....  
podpis rodziców /prawnych opiekunów

\*(niepotrzebne skreślić)