

.....
(miejscowość, data)

KARTA ZGŁOSZENIOWA DZIECKA DO PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka do Placówki Wsparcia Dziennego w Byszwałdzie. Jednocześnie wyrażam zgodę na jego udział w zajęciach animacyjnych organizowanych w Placówce oraz na samodzielne przychodzenie dziecka do Placówki i powrót z niej do domu.

Zostałem/am poinformowany/a, że wychowawca odpowiada za bezpieczeństwo dzieci w czasie realizacji zajęć. W przypadku samodzielnego, bez uzgodnienia z opiekunem, oddalenia się dziecka od grupy, wychowawca nie ponosi odpowiedzialności za bezpieczeństwo uczestnika zajęć animacyjnych.

Informacja o zajęciach animacyjnych:

Imię i nazwisko wychowawcy: **p. Anna Ikier**

Dni i godziny prowadzenia zajęć:

- Dni: środa, czwartek, piątek
- Godziny: **10.00 – 14.00** lub inne w razie występujących potrzeb.

Zakres tematyczny zajęć animacyjnych:

- gry i zabawy,
- zajęcia plastyczne,
- zajęcia integracyjne,
- zajęcia sportowe,
- zajęcia z elementami socjoterapii.

Dane dziecka:

Data urodzenia	Miejsce urodzenia	PESEL	Miejsce zamieszkania	Nr telefonu rodziców/ opiekunów

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna dziecka)

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)