



DEKLARACJA UCZESTNICTWA
W PROGRAMIE „ZA ŻYCIEM”

Ja, niżej podpisany/a

imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna składającego oświadczenie

dobrowolnie deklaruję chęć uczestnictwa mojego dziecka w rządowym Programie „Za Życiem” , który w imieniu Powiatu Oławskiego realizuje Zespół Szkół Specjalnych w Oławie, ul. Iwaszkiewicza 9A; 55 – 200 Oława.

WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ DZIECKA

.....

imię i nazwisko dziecka

zamieszkałej/ego:

.....

adres zamieszkania: ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość

nr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL:

OŚWIADCZAM, IŻ MOJE DZIECKO POSIADA (właściwe zaznaczyć):

- ☐ Opinię o Wczesnym Wspomaganiu Rozwoju
z dnia:..... wydaną przez:
- ☐ Zaświadczenie lekarskie (zgodnie z Ustawą „Za Życiem”)
z dnia: wydane przez:
- ☐ Orzeczenie o niepełnosprawności
z dnia: wydane przez:

OŚWIADCZAM, IŻ

Moje dziecko uczestniczy/nie uczestniczy* w innym ośrodku z tytułu Programu „Za Życiem”
(* niepotrzebne skreślić)

Jeżeli TAK, to w jakim:

OŚWIADCZAM, IŻ:

1. Zostałam/em poinformowana/y o celach i założeniach Programu „Za Życiem”
2. Zapoznałam/em się z warunkami uczestnictwa mojego dziecka w Programie „Za Życiem” oraz spełnia ono kryteria kwalifikujące do udziału w Programie,
3. Udział mojego dziecka w Programie „Za Życiem” jest dobrowolny,
4. Zobowiązuję się do ścisłej współpracy z Kadram Programu,
5. Zostałam/em poinformowana/y, iż udział mojego dziecka w Programie „Za Życiem” jest bezpłatny oraz uczestniczy ono w projekcie finansowanym ze środków publicznych,
6. Moje dziecko będzie dobrowolnie i systematycznie uczestniczyło w działaniach realizowanych w ramach Programu „Za Życiem”,
7. Zapoznałam/em się z prawami i obowiązkami Uczestnika Programu określonych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Za Życiem”,
Ponadto, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka przez Zespół Szkół Specjalnych w Oławie, ul. Iwaszkiewicza 9A; 55 -200 Oława (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. z 2016r. poz. 922), w celu realizacji Programu „Za Życiem”,
8. Wyrażam zgodę na nieodwołalne i nieodpłatne przetwarzanie, wykorzystywanie teraz i w przyszłości przez Zespół Szkół Specjalnych w Oławie, ul. Iwaszkiewicza 9A; 55 – 200 Oława, wszelkich dokumentów przedstawiających wizerunek mojego dziecka, w celu upublicznienia tych dokumentów za pośrednictwem medium wyłącznie w celu zgodnym z realizacją Programu „Za Życiem”

Pouczona/y o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji Uczestnictwa są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
CZYTELNY PODPIS

(rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację)

Do Deklaracji Uczestnictwa w Programie „Za Życiem” należy dołączyć dokumenty:

1. Załącznik 1 – Formularz Osobowy
2. Załącznik 2 – Oświadczenie Uczestnika Programu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie wizerunku/wykorzystanie wizerunku
3. Załącznik 3 – Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
4. Załącznik 4 – Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Za Życiem”
5. Załącznik 4a – Regulamin – Oświadczenie realizacji zajęć i nieobecności
6. Załącznik 5 – Opinia o Wczesnym Wspomaganiu Rozwoju i/lub Zaświadczenie lekarskie (zgodnie z Ustawą „Za Życiem”) i/lub orzeczenie o niepełnosprawności (oryginały lub kserokopia – za potwierdzeniem z oryginałem)



Załącznik 1

FORMULARZ OSOBOWY

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA PROGRAMU	NAZWISKO												
	IMIĘ												
	DATA URODZENIA												
	PESEL												
	WIEK												
ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA PROGRAMU	ULICA												
	NR DOMU												
	NR LOKALU												
	MIEJSCOWOŚĆ												
	KOD POCZTOWY POCZTA												
	GMINA												
	POWIAT												
	WOJEWÓDZTWO												
	OBSZAR ZAMIESZKANIA	☐ WIEJSKI						☐ MIEJSKI					
DANE KONTAKTOWE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA UCZESTNIKA PROGRAMU	NAZWISKO												
	IMIĘ												
	NR TELEFONU												
	ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ (E-MAIL)												
SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA PROGRAMU		☐ TAK						☐ NIE					
	JEŚLI TAK, PROSZĘ OPISAĆ JAKIE												

POSIADANE DOKUMENTY KWALIFIKUJĄCE DO PROGRAMU „ZA ŻYCIEM” PROWADZONEGO W ZESPOLE SZKÓŁ SPECJALNYCH W OŁAWIE (*proszę zaznaczyć właściwe)	☐ OPINIA O WCZESNYM WSPOMAGANIU ROZWOJU z dnia: wydana przez:
	☐ ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (ZGODNE Z USTAWĄ „ZA ŻYCIEM”) z dnia: wydana przez:
	☐ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI z dnia: wydana przez:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. (Dz.U. z 2016r. poz. 922) o ochronie danych osobowych.

Ponadto, świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy, oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą.

.....

.....

Miejscowość, data

CZYTELNY PODPIS

(rodzica/prawnego opiekuna składającego formularz)



**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE
WIZERUNKU/WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

.....

.....

.....

(rodzica/prawnego opiekuna składającego oświadczenie)



Załącznik 3

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka w zakresie obejmującym:

1. dane uczestnika (imię i nazwisko, PESEL, wiek, adres)
2. dane kontaktowe (imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail)
3. szczegóły wsparcia (data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie i we wsparciu, rodzaj otrzymanego wsparcia)

przez Administratora Danych, którym jest:

Zespół Szkół Specjalnych w Oławie, ul. Iwaszkiewicza 9a; 55 -200 Oława.

Moje dane osobowe oraz dane osobowe mojego dziecka będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu „Za Życiem” – w szczególności: monitoringu, ewaluacji, kontroli, kwalifikowalności wydatków, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych.

Ponadto, wyrażam zgodę na przekazywanie danych osobowych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją wyżej wymienionych celów.

.....
Miejscowość, data

.....
CZYTELNY PODPIS

(rodzica/prawnego opiekuna składającego oświadczenie)