

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH „SENSOPLASTYKA®”
prowadzonych przez Samorządowy Ośrodek Kultury i Bibliotekę Publiczną
w Jaworzynie Śląskiej w dniu 4 listopada 2022 r.**

I. INFORMACJE O ŚWIADCZONEJ PRZEZ SOKiBP USŁUDZE ZAJĘĆ:

Forma zajęć:

Sensoplastyka – zajęcia rozwojowe dla dzieci

Miejsce: Sala konferencyjna na Stadionie Miejskim, ul. Sportowa 1, 58-140 Jaworzyna Śląska

Termin: 4 listopada 2022 r. (piątek), w godz. 14:30.

Koszt: 20 zł/os.

II. DANE DZIECKA:

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna
4. Dane kontaktowe rodzica/opiekuna (numer telefonu)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA:

(prosimy o informacje, czy dziecko choruje, czy przyjmuje na stałe leki, szczególne zalecenia lub przeciwwskazania, alergie na artykuły spożywcze, astma).

.....
.....

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na zajęciach.

.....
Data

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem danych podanych w niniejszym formularzu jest Samorządowy Ośrodek Kultury i Biblioteka Publiczna w Jaworzynie Śląskiej, ul. Wolności 23 b, 58-140 Jaworzyna Śląska, tel. 504 088 676)
2. Administrator będzie przetwarzał następujące dane osobowe:
 - a) imię i nazwisko dziecka,
 - b) data urodzenia dziecka,
 - c) adres zamieszkania,
 - d) dane kontaktowe rodzica (opiekuna),
 - e) dane dotyczące uczuleń dziecka oraz przyjmowanych przez niego leków oraz dodatkowe dane podane przez Państwa dotyczące stanu zdrowia dziecka,
 - f) dane biometryczne w postaci wizerunku (twarzy) Państwa dziecka utrwalonego w postaci obrazu cyfrowego (fotografii cyfrowej).
3. W zakresie danych dotyczących zdrowia dziecka dane gromadzone są na podstawie zgody rodzica lub opiekuna prawnego.
4. Podanie danych nie jest konieczne, jednak jest niezbędne do uczestnictwa Państwa dziecka w zajęciach – brak podania danych wyłącza możliwość skorzystania z usługi organizacji zajęć przez SOKiBP na rzecz Państwa dziecka.
5. Wszelkich informacji nt. przetwarzanych danych osobowych udzieli nasz Inspektor Ochrony Danych, e-mail: iod@sokibp.pl .
6. Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe Państwa dziecka są przetwarzane w celu realizacji usługi organizacji zajęć „Sensoplastyka®” przez SOKiBP i uczestnictwa Państwa dziecka w tych zajęciach.
7. Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe Państwa dziecka będą przetwarzane jedynie przez okres niezbędny do realizacji usługi przez SOKiBP oraz przez czas trwania zajęć, w których będzie uczestniczył Państwa dziecko. W przypadku danych biometrycznych (wizerunek Państwa dziecka) SOKiBP będzie przetwarzał te dane bezterminowo.
8. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do danych osobowych przetwarzanych przez SOKiBP, a także do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przeniesienia danych.
9. W przypadku usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub przeniesienia danych, Państwa dziecko nie będzie mogło uczestniczyć w zajęciach prowadzonych przez SOKiBP w czasie wakacji.
10. Przysługuje Państwu prawo do wyrażenia umotywowanego sprzeciwu na przetwarzanie Państwa danych osobowych, jednakże w tym przypadku Państwa dziecko nie będzie mogło uczestniczyć w zajęciach „Sensoplastyka®” organizowanych przez SOKiBP.

11. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do UODO (Urząd Ochrony Danych Osobowych) gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach prowadzonych metodą Sensoplastyka®.

Zobowiązuje się zapewnić dziecku strój na zmianę (NIE fartuch/odzież ochronną).

Jestem świadomy /-a, że dziecko na zajęciach z bardzo dużym prawdopodobieństwem się ubrudzi 😊

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym także danych dotyczących zdrowia dziecka w zakresie niezbędnym dla organizacji zajęć oraz zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka podczas jego uczestnictwa w zajęciach.

.....
Data

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

Dziecko będę odbierać po zajęciach osobiście oraz upoważniam do odebrania mojego dziecka z zajęć „Sensoplastyka®” niżej wymienione osoby (proszę podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa):

1.

2.

Informuję, iż ponoszę pełną odpowiedzialność za powrót dziecka do domu z w/w osobami.

.....
Data

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

LUB

Oświadczam, że moje dziecko może samo wracać do domu po zakończeniu zajęć i że w tym czasie biorę za nie pełną odpowiedzialność. Oświadczam, że wiek dziecka spełnia dyspozycję z art.43 ust. 1 ustawy Prawo o ruchu drogowym z dnia 20 czerwca 1997 r.(tj. z dnia 8 czerwca 2017r., Dz. U. z 2017 r., poz.1260), zgodnie z którym „dziecko w wieku do 7 lat może korzystać z drogi tylko pod opieką osoby, która osiągnęła wiek co najmniej 10 lat. Nie dotyczy to strefy zamieszkania”.

.....
Data

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

Oświadczam, że udzielam na rzecz SOKiBP nieodpłatnej zgody na rozpowszechnianie reprezentowanego przeze mnie jako rodzica/opiekuna prawnego dziecka, wizerunku utrwalonego podczas projektów realizowanych przez SOKiBP lub z udziałem SOKiBP. Niniejszej zgody udzielam bezterminowo oraz celem realizowania zadań statutowych przez SOKiBP, w szczególności związanych z promocją SOKiBP.

.....
Data

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)