Załącznik nr 1

1. **Formularz zgłoszeniowy dziecka do Placówki Wsparcia Dziennego „Świetliki”**Placówka przeznaczona jest dla dzieci i młodzieży
zamieszkałych na terenie Gminy Michałowice w wieku od 6 do 18 lat

|  |
| --- |
| **Dane uczestnika (wypełnia rodzic/opiekun)** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Adres** |
| **Ulica, nr budynku, lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Informacje o szkole** |
| **Szkoła, do której uczęszcza dziecko** |  |
| **Klasa** |  |
| **Wychowawca** |  |
| **Rodzina** |
|  | **rodzic/opiekun prawny** | **rodzic/opiekun prawny** |
| **Imię i nazwisko** |  |  |
| **Telefon** |  |  |
| **E-mail** |  |  |
| **Rodzeństwo** |   |
| Podanie numeru kontaktowego oraz adresu e-mail jest dobrowolne. Placówka Wsparcia Dziennego „Świetliki” będzie wykorzystywać podane kontakty wyłącznie w przypadku zdarzeń losowych lub innych ważnych przyczyn, których uczestnikiem jest dziecko oraz (w formie głosowej lub wiadomości tekstowych) będą przekazywane informacje dot. ewentualnych zmian w zajęciach, informacje o innych wydarzeniach. |

1. **Informacje o Dziecku**

# Informacje o stanie zdrowia dzieckaDieta, alergie, choroba lokomocyjna, przyjmowane leki, okulary i inne

# Mocne strony dzieckaProszę opisać uzdolnienia, zainteresowania dziecka

# Trudności dzieckaProszę wskazać trudności edukacyjne, obszary, w jakich dziecko potrzebuje wsparcia

# Inne informacje dotyczące dziecka/rodziny które mogą mieć znaczenie podczas funkcjonowania dziecka w PWD

# Czy rodzina korzysta ze wsparcia GOPS?

1. **Oświadczenia i zgody:**

# Sposób przychodzenia na zajęcia:

* samodzielny/z opiekunem
* odbiór ze szkoły przez wychowawcę PWD w ustalone indywidualnie dni

# Sposób powrotu z zajęć:

* samodzielny
* z udziałem osoby upoważnionej (proszę wpisać dane w tabeli)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko** | **numer dokumentu tożsamości** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |

Przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych osobowych uczestników Placówki Wsparcia Dziennego „Świetliki” jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice. Zgłoszenie do Placówki jest dobrowolne, lecz w przypadku zgłoszenia podanie danych jest obowiązkowe, co wynika z przepisów o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Dane przetwarzane są w celu organizacji pobytu w Placówce i zapewnienia należytej opieki nad dziećmi. Dane nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom, ani też do państw trzecich. Odbiorcami danych mogą być jedynie osoby i podmioty upoważnione do przetwarzania danych oraz uprawnione na podstawie przepisów prawa organy publiczne. Dane są przechowywane przez czas określony w szczególnych przepisach. Zapoznałem się z Regulaminem Placówki i oświadczam, że go akceptuję. Wiem, że dziecku CZASOWO może zostać cofnięte prawo do pobytu w placówce, w przypadku, gdy jego zachowanie stanowić będzie zagrożenie dla bezpieczeństwa jego lub innych dzieci oraz gdy dziecko bez żadnego uzasadnionego powodu samowolnie będzie opuszczało zajęcia. Mam świadomość swoich praw dotyczących przetwarzania danych osobowych i zapoznałem się z Polityką prywatności dostępną w siedzibie i na stronie www Administratora (<https://gops.michalowice.pl/gops/polityka-prywatnosci>)

 (Data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku mojego dziecka oraz jego prac artystycznych w postaci fotografii cyfrowej do celów związanych z promowaniem działań edukacyjnych prowadzonych przez Placówkę Wsparcia Dziennego „Świetliki” poprzez umieszczanie ich za pośrednictwem mediów elektronicznych oraz drukowanych, wliczając w to w szczególności zamieszczanie zdjęć na stronach internetowych Administratora oraz publikacje w gazetach, czasopismach okresowych, czasopismach okazjonalnych, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach www, wystawach, konkursach. Zgoda obejmuje także wykonanie, wykorzystanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć. Zgoda może być wycofana w każdej chwili.

 (Data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)