*Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji uczestników zdania pn. „Pomoc społeczna, w tym wsparcie rodziny poprzez prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Bolesławiu”*

**Formularz zgłoszeniowy**

**do** **Placówki Wsparcia Dziennego dla Dzieci i Młodzieży w miejscowości Bolesław**.

**1. Imię i nazwisko:**

.................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia.........................................................................................

PESEL.....................................................................................................................

**2. Dane rodziców:**

**Imię i nazwisko ojca**

.................................................................................................................................

Miejsce zamieszkania.............................................................................................

Wykształcenie, zawód, praca, telefon

............................................................................................................................. .

Karalność...............................................................................................................

Stan zdrowia, przebyte choroby

.................................................................................................................................

**Imię i nazwisko matki**

....................................................................................................................

Miejsce zamieszkania............................................................................................

Wykształcenie, zawód, praca, telefon

.................................................................................................................................

Karalność.................................................................................................................

Stan zdrowia, przebyte choroby

.................................................................................................................................

**3.Rodzeństwo:**

.................................................................................................................................

................................................................................................................................

**4. Szkoła, klasa, wychowawca:**

.................................................................................................................................

**5. Pobyt dziecka w przedszkolu, żłobku:**

..................................................................................... ………………………….

**6. Stan zdrowia dziecka, przebyte choroby, pobyty w szpitalu**

................................................................................................................................

.................................................................................................................................

**7. Warunki mieszkaniowe**

................................................................................................................................

.................................................................................................................................

**8. Osoba zgłaszająca potrzebę pobytu dziecka w świetlicy**

.................................................................................................................................

**Oświadczenia**

Oświadczam, iż dziecko ………………………………………… (imię i nazwisko) jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych

.….....................................

miejscowość, data

…....................................................

podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałem/am się treścią Regulaminu Placówki Wsparcia Dziennego dla dzieci i Młodzieży „Perspektywy Kids” w Bolesławiu i w pełni akceptuję wszystkie jego postanowienia.

.….....................................

miejscowość, data

…....................................................

podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Informacja dla rodziców/opiekunów prawnych**

1) Pracownicy Placówki Wsparcia Dziennego nie odpowiadają za uczestnika zajęć w razie jego samodzielnego oddalenia się z placówki bez wyraźnej zgody opiekunów,

2) Pracownicy Placówki Wsparcia Dziennego nie odpowiadają za uczestnika zajęć oraz jego zachowanie podczas nieobecności w placówce,

3) W momencie przyjęcia do Placówki Wsparcia Dziennego dziecko podpisuje kontrakt. Jest to umowa określająca korzyści, jego prawa i zobowiązania. W przypadku notorycznego niestosowania się przez uczestnika zajęć do zasad i reguł zawartych w kontrakcie Zespół Wychowawczy PWD może podjąć decyzję o bezpowrotnym wypisaniu uczestnika z zajęć.

4) W czasie pobytu w placówce dziecko ma obowiązek przestrzegania regulaminu.

Przyjąłem/łam do wiadomości i akceptuję:

.….....................................

miejscowość, data

…....................................................

podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Oświadczenie Rodzica/Opiekuna Prawnego**

W związku przystąpieniem do zadania pn.„Pomoc społeczna, w tym wsparcie rodziny poprzez prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Bolesławiu” oświadczam, że w odniesieniu do danych osobowych moich i mojego dziecka/podopiecznego przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach zadania pn.” „Pomoc społeczna, w tym wsparcie rodziny poprzez prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Bolesławiu” Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Nad Białą Przemszą’, ul. Partyzantów 1, 32-310 Klucze, e-mail: www.lgdnbp.pl, tel.:327242523,

2. Dne osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c) rozporządzenia ogólnego – jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w zakresie realizacji zadania pn.” „Pomoc społeczna, w tym wsparcie rodziny poprzez prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Bolesławiu” dofinansowanego w ramach budżetu Gminy Bolesław, ul. Główna 58, 32-329 Bolesław.

3. Dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotowi publicznemu: Gmina Bolesław w celu kontroli wywiązywania się przez administratora z jego obowiązku prawnego, a także w celu monitoringu, sprawozdawczości, ewaluacji oraz specjalistycznym podmiotom, realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyty na zlecenie tych podmiotów,

4. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do uczestnictwa w zadaniu pn.” „Pomoc społeczna, w tym wsparcie rodziny poprzez prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Bolesławiu”

5. Ma Pani/Pan prawo dostępu do danych osobowych dziecka oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania,

6. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do GIODO w razie uznania, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych,

7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, na czas zgodny z obowiązującymi przepisami.

W zakresie danych szczególnych kategorii, przetwarzanie danych odbywa się na podstawie wyraźnej zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji zadania pn.” „Pomoc społeczna, w tym wsparcie rodziny poprzez prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Bolesławiu”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .….....................................

miejscowość, data

…....................................................

podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Zgoda na przetwarzanie danych szczególnych kategorii**

W zakresie danych osobowych wrażliwych moich/mojego dziecka/ podopiecznego (w szczególności ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, stan zdrowia, niepełnosprawności) wyrażam zgodę\* / nie wyrażam zgody\* na ich przetwarzanie. Jestem świadoma/-y, że wyrażenie tej zgody jest dobrowolne i mam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.….....................................

miejscowość, data

…....................................................

podpis rodzica/opiekuna prawnego