



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji w projekcie „Świetlica Przyszań”

DEKLARACJA UCZESTNICTWA DZIECKA W PROJEKCIE ŚWIETLICA PRYZSTAŃ

Ja, niżej podpisana/y,

.....
(Imię i nazwisko opiekuna)

.....
(Adres zamieszkania)

Telefon kontaktowy:

Numer PESEL:

1. Dobrowolnie deklaruję wzięcie udziału w projekcie „Świetlica Przyszań”, realizowanym przez Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Przyszań” w Bełchatowie, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027,

mojego dziecka/podopiecznego/podopiecznej:

.....
(Imię i nazwisko uczestnika)

Jednocześnie oświadczam, że:

1. zobowiązuję się do systematycznego uczęszczania mojego dziecka na zajęcia i korzystania ze wsparcia oferowanego przez Świetlicę Środowiskową Przyszań;
2. w momencie składania Deklaracji Uczestnictwa*:
 moje dziecko/podopieczny mieszka na terenie powiatu bełchatowskiego,
 moje dziecko/podopieczny uczy się na terenie powiatu bełchatowskiego;
3. zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Rekrutacji w projekcie „Świetlica Przyszań”;
6. będę informować o wszelkich zmianach danych kontaktowych mojego dziecka;



7. zostałam/-em poinformowana/-y o zasadach przetwarzania danych osobowych moich/mojego dziecka/podopiecznego;
8. zostałam/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych;
4. mam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych;
5. Oświadczam*, że:
- będę odbierać dziecko osobiście lub wyłącznie przez niżej wymienione osoby:

<i>Lp.</i>	<i>Nazwisko i imię</i>	<i>Nr telefonu</i>	<i>Stopień pokrewieństwa¹</i>
<i>1</i>			
<i>2</i>			
<i>3</i>			

- dziecko będzie wychodzić do domu samodzielnie. Jednocześnie informuję, że ponoszę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót dziecka do domu
- Wyrażam/ nie wyrażam* zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka/podopiecznego w przypadku skrócenia zajęć terapeutycznych.
7. Wyrażam/ nie wyrażam** zgodę na udział mojego dziecka w wycieczkach, wyjściach i zajęciach zewnętrznych zorganizowanych przez Świetlicę. Jednocześnie zobowiązuję się do zapewnienia jego bezpieczeństwa w drodze pomiędzy miejscem zbiórki i rozwiązaniem wycieczki a domem.
8. Zobowiązuję się do:
- 1) przyprowadzania do świetlicy tylko i wyłącznie zdrowego dziecka (bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała, oznak osłabienia, ospałości, złego samopoczucia);
 - 2) natychmiastowego odebrania dziecka ze świetlicy w przypadku wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych;
 - 3) przyjmuję do wiadomości i akceptuję, iż w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka, nie zostanie ono w danym dniu przyjęte do placówki i będzie mogło do niej wrócić dopiero po ustaniu wszelkich objawów chorobowych lub po okazaniu

¹ np. brat/siostra mający ukończone 12 lat, babcia, ciocia ...

zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego jego stan zdrowia, umożliwiającą ponowne przyjęcie;

4) Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała: przy wejściu do placówki lub w przypadku zaobserwowania u dziecka niepokojących objawów chorobowych.

9. Wyrażam/ nie wyrażam* zgodę na nieodpłatne wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku (fotografii lub filmów wykonanych podczas działań związanych z realizacją projektu), bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Wizerunek będzie przetwarzany wyłącznie w celu udokumentowania i promocji udzielonego wsparcia i usług realizowanego przez Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Przystań”, 97-400 Bełchatów, ul. Żeromskiego 1. Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Przystań”, może przenieść na inne podmioty prawo do wykorzystywania wizerunku bez mojej zgody na taką czynność.

10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane przedstawione w Deklaracji Uczestnictwa odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu lub jego opiekuna

* zaznacz właściwe

** niepotrzebne skreślić