

KWESTIONARIUSZ DZIECKA

I. DANE DZIECKA, KTÓRE BĘDZIE UCZESTNICZYŁO W PROJEKCIE

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Data urodzenia
4. Czy dziecko posiada ważne orzeczenie o niepełnosprawności (w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych)?
.....
5. Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego? Jeśli tak, to z jakiego wskazania?
.....

II. DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW* (jedno do wyboru)

MATKA/ OPIEKUNKA*	OJCIEC/ OPIEKUN*
1. Imiona i nazwisko matki/ opiekunki*	1. Imiona i nazwisko ojca/ opiekuna*
2. Adres zamieszkania	2. Adres zamieszkania
3. Telefon kontaktowy	3. Telefon kontaktowy
4. Adres email	4. Adres email

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Rodzica/ Opiekuna Dziecka)

III. RODZIC/OPIEKUN OŚWIADCZA, ŻE:

1. Przed wypełnieniem niniejszej karty zapoznał się z aktualnie obowiązującym regulaminem Projektu oraz zrozumiał jego treść i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
2. Wyraża zgodę na wykorzystanie wizerunku jego dziecka techniką fotograficzną lub filmową w materiałach związanych z przedstawieniem realizacji przedmiotowego projektu.
3. Wyraża zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 roku o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz 883)
4. Został poinformowany, że projekt pn. Projekt „Wsparcie dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju - edycja 2024” jest finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych za pośrednictwem Województwa Zachodniopomorskiego.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Rodzica/ Opiekuna Dziecka)

Załączniki:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.

KARTA ZDROWIA DZIECKA

1. **Charakterystyka** (rodzaj niepełnosprawności, występujące choroby przewlekłe, wady rozwojowe, itp.)
.....
.....
2. **Charakterystyka** problemów w funkcjonowaniu (koncentracja, reakcje na bodźce słuchowe, ewentualne nadwrażliwości)
.....
.....
3. **Dolegliwości i objawy występujące:** (właściwe podkreślić) omdlenia, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, lęki nocne, moczenie nocne, inne:
.....
.....
4. **Czy w ostatnim roku dziecko przebywało w szpitalu?** (tak/ nie)
Powód
.....
5. **Inne istotne uwagi o stanie zdrowia dziecka (np. alergie, przyjmowane, drenaż uszu, przewlekłe choroby ucha środkowego leki):**
.....
.....

.....

(podpis Rodzica/ Opiekuna)

**Informacje o przetwarzaniu danych na potrzeby realizacji zajęć
w ramach projektu pn. „Wsparcie dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju - edycja 2024”**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – dalej RODO) informuję, iż:

- a) Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie „Synergia”, ul. Żubrów 3/1, 71-617 Szczecin, NIP 852-259-67-40, REGON 146249143.
- b) Z inspektorem ochrony danych, Pawłem Pogorzelskim, można się skontaktować pod numerem telefonu 888050176 lub mailowo: inspectordanychosobowych@gmail.com
- c) Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia oceny rozwoju oraz realizacji zajęć edukacyjnych i terapeutycznych na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- d) Dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom.
- e) Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
- f) Dane osobowe będą przechowywane przez cały czas współpracy w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka a po zakończeniu udzielania świadczeń w tym zakresie przez okres do 5 lat od następnego roku po zakończeniu tej współpracy.
- g) Podopieczny posiada prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli podstawa przetwarzania jest zgodna), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem w granicach określonych przepisami.
- h) Podopieczny posiada prawo wniesienia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu danych na podstawie art. 21 ust. 4 RODO.
- i) Podopieczny posiada prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, jakim jest Urząd Ochrony danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych jego dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych lub przepisy krajowe.
- j) Podanie danych na podstawie zgody jest dobrowolne, nie podanie danych skutkuje niemożliwością dokonania oceny rozwoju a także przeprowadzenia zajęć edukacyjnych i terapeutycznych.
- k) Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

Przyjmuję do wiadomości Informacje o przetwarzaniu danych na potrzeby realizacji **projektu „Wsparcie dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju - edycja 2024”**.

.....

data i podpis Przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mego dziecka, które będzie korzystać z zajęć w ramach realizacji w/w projektu, zgodnie ze wskazanymi wyżej zgodami, a także potwierdzam ich pełne zrozumienie. Przetwarzanie danych osobowych odbywać się będzie przez Stowarzyszenia „Synergia”, ul. Żubrów 3/1, 71-617 Szczecin, NIP 852-259-67-40, REGON 146249143, w celu przeprowadzenia oceny rozwoju oraz prowadzenia zajęć edukacyjnych i terapeutycznych.

.....

data i podpis Przedstawiciela ustawowego