



Szczecin



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) lub aktualne *zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka*, wydane przez lekarza psychiatrę, potwierdzające całościowe zaburzenia rozwojowe albo innego lekarza specjalistę wskazujące na występowanie niepełnosprawności – zgodnie z zapisami zawartymi w *Regulaminie* przedmiotowego Projektu?

.....

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. „Wsparcie dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju oraz ich rodzin i opiekunów” jest finansowany ze środków Gminy Miasto Szczecin.
5. Adres zamieszkania Uczestnika projektu, znajduje się na terenie miasta Szczecin.

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis Rodzica/ Opiekuna Dziecka)

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub kopia zaświadczenia o stanie zdrowia dziecka zgodna z Regulaminem niniejszego projektu.



Szczecin



KARTA ZDROWIA DZIECKA

1. **Charakterystyka** (rodzaj niepełnosprawności, problemy z funkcjonowaniem, występujące choroby przewlekłe, wady rozwojowe, itp.)

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

2. **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:

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

3. **Czy w ostatnim roku dziecko przebywało w szpitalu?** (tak/ nie)

Powód

.....
.....

4. **Inne istotne uwagi o stanie zdrowia dziecka (np. alergie, przyjmowane leki):**

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

.....

(podpis Rodzica/ Opiekuna)



Szczecin



Informacje o przetwarzaniu danych na potrzeby realizacji zajęć w ramach projektu pn. „Wsparcie dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju oraz ich rodzin i opiekunów”.

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 na rzecz rozwoju gospodarczego i edukacji „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 pn. „Wsparcie dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju oraz ich rodzin i opiekunów”.**

.....

data i podpis Przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mego dziecka, które będzie korzystało z zajęć w ramach realizacji projektu pn. „Wsparcie dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju oraz ich rodzin i opiekunów”, zgodnie ze wskazanymi wyżej zgodami, a także potwierdzam ich pełne zrozumienie. Przetwarzanie danych osobowych odbywać się będzie przez Stowarzyszenia na rzecz rozwoju gospodarczego i edukacji „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