

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO OŚRODKA REHABILITACYJNO – EDUKACYJNO WYCHOWAWCZEGO PSONI W NIDZICY

Proszę o przyjęcie do Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego w Nidzicy od dnia mojego dziecka:

Nazwisko i imię.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer telefonu.....

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a ciążyących na mnie zobowiązań wobec placówki, a mianowicie:

1. Systematycznego przyprowadzania dziecka na zajęcia edukacyjno-terapeutyczne.
2. Częstego kontaktu z pracownikami placówki w celu ścisłej współpracy podczas realizacji programu terapeutycznego.
3. Uczestnictwa w zebraniach, spotkaniach z rodzicami, zajęciach otwartych organizowanych przez Dyrektora placówki oraz upoważnionych pracowników.
4. Pomocy w czynnościach organizacyjno-porządkowych placówki.
5. Pomocy w organizacji imprez okolicznościowych oraz zdobywania środków poza budżetowych koniecznych do realizacji zadań statutowych placówki.
6. Natychmiastowego zgłaszania wszelkich zauważonych nieprawidłowości w pracy OREW oraz ewentualnych usterek technicznych bezpośrednio do Dyrektora placówki lub Zarządu Koła PSONI w Nidzicy.
7. Każdorazowego zgłaszania nieobecności dziecka w OREW oraz ich pisemnego usprawiedliwiania.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/łam się, akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień regulaminu Ośrodka Rehabilitacyjno – Edukacyjno – Wychowawczego działającego przy Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Nidzicy.

.....
(data i podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Klauzula informacyjna dla wychowanków

Ośrodka Rehabilitacyjno- Edukacyjno- Wychowawczego

Zgodnie z art. 13 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło z siedzibą w Nidzicy** tel: +48 89 625 2153, 625 65 23, mail: psouu_nidzica@poczta.fm.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną koło w Nidzicy możliwy jest pod numerem tel. nr. +48 89 625 21 53, 625 65 23 lub adresem email (adres email): : psouu_nidzica@poczta.fm.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, lit e oraz art. 9 ust. 2 lit. d, lit. g ogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych osobowych, w celu realizacji obowiązkuszkolnego i nauki przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną.
4. Odbiorcami danych osobowych mogą być minister właściwy do spraw edukacji , ubezpieczyciel- osoby objęte polisą ubezpieczeniową, organ prowadzący i nadzorujący, podmioty finansujące i kontrolujące oraz inne podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe Pana/Pani będą przechowywane przez okres zgodny z przepisami prawa.
6. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
8. Podanie danych jest dobrowolne ale odmowa ich podania umożliwi udzielenie wsparcia
9. Podanie danych osobowych wychowanka jest wymagane na podstawie przepisów prawa (ustawa Prawo oświatowe)

.....
Imię i nazwisko



13-100 Nidzica ul. Krzywa 9

Tel. 89 625 21 53

www.psoninidzica.pl



Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób
z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Nidzicy

psouu_nidzica@poczta.fm
kontakt@psoninidzica.pl

Przekaz podatku KRS 0000062315

Nidzica, dn.....

.....
(Imiona i nazwiska rodziców)

.....
(Adres zamieszkania)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA

.....
(imię i nazwisko dziecka)

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych osobowych, w tym także wizerunku mojego dziecka w celu informacji i realizacji zadań edukacyjnych, wychowawczo-opiekuńczych oraz rewalidacyjno - wychowawczych na terenie placówki i poza nią na czas realizacji zajęć w Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczym działającym przy Polskim Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Nidzicy i po ich zakończeniu.
2. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych osobowych, w tym także naszych numerów telefonów (mamy, taty, prawnego opiekuna) w celu kontaktu w sprawach edukacyjno-wychowawczego.

*Niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis rodziców)



13-100 Nidzica ul. Krzywa 9

Tel. 89 625 21 53

www.psoninidzica.pl

Przekaz 15% podatku KRS 0000062315



Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób
z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Nidzicy

psouu_nidzica@poczta.fm
kontakt@psoninidzica.pl

Nidzica, dn.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na wymianę informacji dotyczących mojego dziecka/podopiecznego*

.....

(Imię i nazwisko dziecka)

z instytucjami wspierającymi jego rozwój (np. PPP, poradnia specjalistyczna, ośrodek pomocy społecznej, PCPR, szkoła, sąd, szpital).

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Nidzica, dn.....

.....

(Imiona i nazwiska rodziców)

.....

.....

(Adres zamieszkania)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH WRAŻLIWYCH

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych wrażliwych mojego dziecka (np. danych dotyczących stanu zdrowia dziecka)

.....

(imię i nazwisko dziecka)

na terenie placówki i poza nią **na czas realizacji zajęć** w Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczym działającym przy Polskim Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Inteligektualną Koło w Nidzicy

.....

(czytelny podpis rodziców)



13-100 Nidzica ul. Krzywa 9

Tel. 89 625 21 53

www.psoninidzica.pl

Przekaz 15% podatku KRS 0000062315



Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób
z Niepełnosprawnością Inteligektualną Koło w Nidzicy

psouu_nidzica@poczta.fm
kontakt@psoninidzica.pl

ZGODA NA ROZPOWSZECHNIANIE I WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Ja niżej podpisany/a*..... ,
wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie i rozpowszechnianie przez Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy działający przy Polskim Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelleksualną Koło w Nidzicy ul Krzywa 9, 13-100 Nidzica wizerunku mojego niepełnoletniego syna/córki*:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

utrwalonego w postaci zdjęć i filmów, z wydarzeń organizowanych przez w/w placówkę.

Niniejsza zgoda:

- nie jest ograniczona ani czasowo ani terytorialnie;
- obejmuje wszelkie formy publikacji, za pośrednictwem dowolnego medium;
- dotyczy umieszczania wizerunku na stronach internetowych <https://www.facebook.com/people/OREW-Nidzica/100057031706683/> oraz na profilu portalu społecznościowego ww. podmiotów Facebook, w gazetach oraz przekazanie do prasy, Internecie, oraz umieszczenie w dokumentacji OREW i na tablicy ogłoszeń;
- dotyczy wykorzystywania wizerunku w materiałach lub w związku z wydarzeniami mającymi na celu promocję zajęć OREW.

Wizerunek, o którym tu mowa może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji, bez obowiązku akceptacji produktu końcowego, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne.

Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń, w tym również o wynagrodzenie (istniejących i przyszłych) względem ww. podmiotu, z tytułu wykorzystania wizerunku mojego niepełnoletniego syna/córki*, na potrzeby wskazane w oświadczeniu.

Oświadczam, że niniejsze oświadczenie składam w imieniu mojego niepełnoletniego syna/córki*.

Wiem, że w każdej chwili będę mógł odwołać zgodę przez złożenie pisemnego wniosku.

.....
(data i czytelny podpis rodziców/opiekunów)

* właściwe zaznaczyć

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody* na uczestnictwo mojego dziecka

.....

w zajęciach z zakresu hipoterapii

organizowanych przez Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy
w Nidzicy

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

*niepotrzebne skreślić



13-100 Nidzica ul. Krzywa 9

Tel. 89 625 21 53

www.psoninidzica.pl



Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób
z Niepełnosprawnością Inteligencją Koło w Nidzicy

psouu_nidzica@poczta.fm
kontakt@psoninidzica.pl

Przekaz  podatku KRS 0000062315

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody* na uczestnictwo mojego dziecka

.....

w zajęciach dogoterapii

Oświadczam, że znam założenia pracy terapeutycznej przy udziale psa, możliwe korzyści i czynniki ryzyka, oraz że do chwili obecnej nie wystąpiły u mojego syna/córki żadne reakcje w kontaktach z psem.

Jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego zgłoszenia terapeutcie wszelkich zmian w stanie zdrowia mojego dziecka.

Wyrażam również zgodę na:

- udostępnienie wszelkiej niezbędnej dokumentacji mojego dziecka
- fotografowanie zajęć i publikację zdjęć z prowadzonej dogoterapii i wykorzystanie ich przez PSONI Koło w Nidzicy

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

*niepotrzebne skreślić