

**KARTA ZAPISU DZIECKA NA SPOTKANIA STOWARZYSZENIA „UŚMIECH”  
W ROKU SZKOLNYM 2024/2025**

KARTĘ WYPEŁNIAJĄ DRUKOWANYMI LITERAMI RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI  
Aby ułatwić nam szybki kontakt z Państwem bardzo prosimy o niezwłoczne uaktualnianie danych wpisanych w kartę zgłoszenia dziecka, w szczególności numerów telefonów.

imię i nazwisko dziecka: .....

adres zamieszkania:.....

data urodzenia: .....

PESEL:.....

imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego:.....

numer telefonu kontaktowego matki/opiekuna prawnego:.....

imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego:.....

numer telefonu kontaktowego ojca/opiekuna prawnego:.....

Dodatkowe, **ważne** informacje o dziecku (przeciwwskazania, alergie, choroby)

.....

.....

**OŚWIADCZENIE O POWROCIE DZIECKA PO ZAKOŃCZONYCH ZAJĘCIACH**

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka po zakończonym spotkaniu do domu.

**TAK, wyrażam zgodę.**

**NIE, nie wyrażam zgody.**

- ★ Spotkanie dziecięce: piątki, 16:00-18:00
- ★ Spotkania młodzieżowe: piątki, 19:00-21:00

\_\_\_\_\_  
data, podpis rodzica / opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE O OSOBACH UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA**

wypełniają rodzice/opiekunowie, którzy **NIE WYRAZILI** zgody na samodzielny powrót dziecka do domu.

**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ NUMER KONTAKTOWY:**

(Uprzejmie prosimy o wpisanie wszystkich osób upoważnionych do odbioru dziecka, w tym także rodziców/opiekunów prawnych.)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
data, podpis rodzica / opiekuna prawnego

**Spotkania odbywają się w siedzibie Stowarzyszenia w Mikołowie  
przy ulicy Wyzwolenia 5a.**

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami regulującymi funkcjonowanie Stowarzyszenia „UŚMIECH”, ze szczególnym uwzględnieniem czasu, w którym dzieci znajdują się pod opieką animatorów, tj. godziny trwania spotkań.
2. Zobowiązuję się do pisemnego powiadamiania wychowawców Stowarzyszenia „UŚMIECH” o każdorazowym odstępstwie od ustalonego sposobu odbierania dziecka zawartego w karcie zapisu, np. ewentualność powrotu do domu bez opiekuna lub możliwość odebrania dziecka przez inne osoby niż wskazane w upoważnieniu. Wyrażam zgodę na udział we wszystkich zajęciach w ramach realizacji zadań projektowych, zleconych, itp.
3. W sytuacjach wyjątkowych informację o samodzielnym wyjściu dziecka po zakończonym spotkaniu należy przekazać telefonicznie bezpośrednio wychowawcom.  
**(Nr telefonu 505326745)**
4. Oświadczam, że w przypadku, gdy wyraziłem zgodę na samodzielny powrót dziecka po zakończonym spotkaniu do domu, biorę całkowitą odpowiedzialność za jego życie i zdrowie.
5. Oświadczam, że biorę całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka przebywającego pod opieką osoby upoważnionej przeze mnie do jego odbioru.
6. Oświadczam, że podane przeze mnie dane w karcie zapisu są zgodne ze stanem faktycznym.

---

data, podpis rodzica / opiekuna prawnego

**ZGODY**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym także wizerunku mojego dziecka (np. umieszczanie zdjęcia dziecka z wszelkiego rodzaju zajęć w ramach działań statutowych w gablocie lub na stronie internetowej stowarzyszenia czy też mediach społecznościowych) w celu informacji i promocji Stowarzyszenia „Uśmiech”.

**TAK, wyrażam zgodę.    NIE, nie wyrażam zgody.**

2. Wyrażam na przetwarzanie danych osobowych, w tym także naszych numerów telefonów (mamy, taty, prawnego opiekuna) w celu kontaktu w sprawach opiekuńczych i wychowawczych.

**TAK, wyrażam zgodę.  
NIE, nie wyrażam zgody.**

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych wrażliwych mojego dziecka (np. danych dotyczących stanu zdrowia dziecka) na czas zaangażowania w działalność Stowarzyszenia „Uśmiech”.

**TAK, wyrażam zgodę.  
NIE, nie wyrażam zgody.**

4. **Wyrażam zgodę** na udzielenie pierwszej pomocy mojemu dziecku, w tym podanie leków przez wykwalifikowany personel oraz osoby przeszkolone w zakresie udzielania pierwszej pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, podczas jego pobytu na zajęciach

formacyjnych w Stowarzyszeniu Uśmiech. Rozumiem, że w sytuacji, gdy zajdzie taka potrzeba, zostanę niezwłocznie poinformowany o zaistniałej sytuacji oraz podjętych działaniach. W razie konieczności przewiezienia dziecka do placówki medycznej, **wyrażam zgodę** na transport oraz podjęcie odpowiednich działań medycznych przez personel medyczny.

**TAK, wyrażam zgodę.**  
**NIE, nie wyrażam zgody.**

#### **5. Zgoda na Przetwarzanie Danych Osobowych**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 7 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Stowarzyszenie Uśmiech danych osobowych mojego dziecka oraz moich danych osobowych w celu:

- ★ Organizacji i realizacji zajęć oraz spotkań formacyjnych - przetwarzanie danych niezbędnych do zapisania i uczestnictwa dziecka w zajęciach, w tym kontaktu z rodzicami/opiekunami prawnymi.
- ★ Komunikacji związanej z działalnością Stowarzyszenia - przekazywanie informacji o harmonogramie zajęć, zmianach w organizacji spotkań, ważnych wydarzeniach oraz innych kwestiach związanych z funkcjonowaniem Stowarzyszenia.
- ★ Wykonywania i publikowania zdjęć oraz nagrań z udziałem dziecka - przetwarzanie zdjęć i nagrań w celu promocji działań Stowarzyszenia, w tym publikacji na stronie internetowej, w mediach społecznościowych oraz w materiałach promocyjnych.

**TAK, wyrażam zgodę.**  
**NIE, nie wyrażam zgody.**

---

data, podpis rodzica / opiekuna prawnego