



## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „ZA ŻYCIEM”

Ja niżej podpisany

.....

Imię i nazwisko prawnego opiekuna składania deklarację

Deklaruję chęć przystąpienia mojego dziecka do udziału w rządowym Programie „Za życiem” realizowanym przez Zespół Szkół Specjalnych w Słupi pod Kępnem, ul. Katowicka 8 w ramach zadań ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego

### I. Dane dziecka

Nazwisko i imię dziecka .....

Data urodzenia: .....

Numer PESEL dziecka .....

Pełny adres zamieszkania: .....

Żłobek/Przedszkole: .....

### II. Moje dziecko:

Jest dzieckiem **niepełnosprawnym**, posiadającym ( zaznaczyć odpowiednie dokument załączyć do deklaracji):

Opinię o wczesnym wspomaganie rozwoju

Zaświadczenie lekarskie zgodne z ustawą „Za życiem”

Orzeczenie o niepełnosprawności

Jest dzieckiem **zagrożonym niepełnosprawnością**, z uwagi na poważne problemy rozwojowe lub zdrowotne ( do deklaracji dołączyć dokumentację medyczną, psychologiczno-pedagogiczną uzasadniającą oświadczenie)

W przypadku, gdy dziecko jest objęte **zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju proszę wskazać placówkę**, która je

**prowadzi:**.....

.....

**Kontakt tel.** Do Rodzica/Prawnego Opiekuna, składającego deklarację:.....

### III. Proszę o objęcie mojego dziecka zajęciami:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Logopedycznymi         | <input type="checkbox"/> AAC                         |
| <input type="checkbox"/> Neurologopedycznymi    | <input type="checkbox"/> terapia bilateralna         |
| <input type="checkbox"/> Integracja Sensoryczna | <input type="checkbox"/> terapia czaszkowo-krzyżowa  |
| <input type="checkbox"/> Tyflopedagogicznymi    | <input type="checkbox"/> terapia neurotaktylna       |
| <input type="checkbox"/> Terapia widzenia       | <input type="checkbox"/> Rehabilitacja Metodą Bobath |
| <input type="checkbox"/> Surdopedagogika        | <input type="checkbox"/> Rehabilitacja Metodą Vojta  |
| <input type="checkbox"/> EEG Biofeedback        | <input type="checkbox"/> Zajęcia ruchowe             |
| <input type="checkbox"/> Terapia ręki           |  |
| <input type="checkbox"/> Terapia pedagogiczna   |  |

.....  
Miejscowość, dnia

.....  
podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację

Oświadczam iż:

- 1) Zgadzam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie
- 2) Zostałem poinformowany, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowym ze środków publicznych
- 3) Mój udział w Programie jest dobrowolny

.....  
podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację

Oświadczam, iż Moje dziecko nie jest objęte zajęciami terapeutycznymi w ramach „Programu z życiem” w innym ośrodku.

.....  
podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację

świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych lub zatajenie prawdy oświadczam, iż dane podane w Deklaracji uczestnictwa w Programie „ Za życiem” są zgodne z prawdą.

.....  
podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację

#### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w zakresie obejmującym:

- Dane osobowe ( imię i nazwisko, PESEL, adres)
- Dane kontaktowe ( adres, nr telefonu, adres mailowy),
- Dane dotyczące problemów zdrowotnych i rozwojowych dziecka ( kody iCD-10)
- Szczegółów dotyczących wsparcia ( data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie, rodzaju i zakresu otrzymywania wsparcia, oceny efektywności),
- Wizerunek dziecka w celach realizacji programu.

[przez Administratora Danych, którym jest Zespół Szkół Specjalnych w Słupi pod Kępem ul. Katowicka 8, 63-648 Słupia pod Kępem .

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji programu „ Za Życiem” w szczególności w celu: ustalenia rodzaju i zakresu wsparcia, monitoringu i ewaluacji wsparcia, kontroli i sprawozdawczości, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków oraz w zakresie niezbędnym, uzasadnionym, celem. Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom, jeśli zachodzi taka potrzeba w związku z realizacją ww celów.

.....podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację