



Za życiem



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „ZA ŻYCIEM”

Ja niżej podpisany

imię i nazwisko prawnego opiekuna składającego deklarację

deklaruję chęć przystąpienia mojego dziecka do udziału w rządowym Programie „Za życiem” realizowanym przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Płocku, ul. Wolności 8/10 w ramach zadań ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego

I. Dane dziecka

Nazwisko i imię dziecka: _____

Data urodzenia: _____

Numer PESEL dziecka: _____

Pełny adres zamieszkania: _____

Żłobek/Przedszkole: _____

I. Moje dziecko:

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

- opinię o wczesnym wspomaganie rozwoju
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- 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: _____



II. Proszę o objęcie mojego dziecka zajęciami:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psychologicznymi | <input type="checkbox"/> Terapią WWR |
| <input type="checkbox"/> Pedagogicznymi | <input type="checkbox"/> Integracji sensorycznej |
| <input type="checkbox"/> Logopedycznymi | <input type="checkbox"/> EEG Biofeedback |
| <input type="checkbox"/> Neurologopedycznymi | <input type="checkbox"/> Rehabilitacyjnymi |
| <input type="checkbox"/> Tyflopedagogicznymi | <input type="checkbox"/> Terapią TUS |
| <input type="checkbox"/> Terapią widzenia | <input type="checkbox"/> Psychomotoryka |

miejscowość, dnia

podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację

Oświadczam, iż:

- 1) Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie
- 2) Zostałem poinformowany, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowanym 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 za życiem” w innym ośrodku.

podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację

Świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą 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 przetwarzania danych osobowych moich i mojego dziecka w zakresie obejmującym:

- o dane osobowe (imię i nazwisko, PESEL, adres),
- o dane kontaktowe (adres, nr telefonu, adres mailowy),
- o dane dotyczące problemów zdrowotnych i rozwojowych dziecka (kody ICD-10)
- o szczegółów dotyczących wsparcia (data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie, rodzaju i zakresu otrzymanego wsparcia, oceny efektywności),
- o wizerunek dziecka w celach realizacji programu.

przez Administratora Danych, którym jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Płocku, Płock, ul. Wolności 8/10.

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, audytu i sprawozdawczości, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków oraz w zakresie niezbędnym, uzasadnionym celem. Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom, jeśli zachodzi taka potrzeba w związku z realizacją ww celów.

podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację