

Zadanie publiczne współfinansowane ze środków Miasta Krakowa

**Działania wspierające rodzinę z niepełnosprawnym dzieckiem lub dorosłym
dzieckiem niepełnosprawnym**

**„Pasja, która łączy – aktywności z udziałem koni wsparciem rodzin
dzieci z niepełnosprawnością”**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DANE OSOBOWE GŁÓWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia: Wiek:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Gmina: Powiat:

Województwo:

Rodzaj i stopień niepełnosprawności dziecka:

.....

.....

Czy dziecko uczestniczyło wcześniej w zajęciach z udziałem koni TAK / NIE

RODZIC / OPIEKUN PRAWNY

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Gmina: Powiat:

Województwo:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

DRUGI RODZIC / OPIEKUN

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Gmina: Powiat:

Województwo:

Zadanie publiczne współfinansowane ze środków Miasta Krakowa

DODATKOWO:

RODZĘSTWO

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Gmina: Powiat:

Województwo:

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie *Formularza zgłoszeniowego* nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.

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

Wymagane załączniki do formularza zgłoszeniowego:

- Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka
- Regulamin uczestnictwa w Projekcie
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Zadanie publiczne współfinansowane ze środków Miasta Krakowa**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, danych osobowych dziecka oraz szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka, podanych w formularzu oraz zawartych w przedstawionym orzeczeniu o niepełnosprawności przez Administratora - *Fundację Małopolskie Centrum Hipoterapii „Zagroda Możliwości”, ul. Wyżynna 4W/1, 30-617 Kraków* w celu i w zakresie niezbędnym do (należy zaznaczyć znakiem „X”):

☐ przeprowadzenia naboru do projektu „Pasja, która łączy – aktywności z udziałem koni wsparciem rodzin dzieci z niepełnosprawnością”,

☐ realizacji aktywności przewidzianych w ramach projektu „Pasja, która łączy – aktywności z udziałem koni wsparciem rodzin dzieci z niepełnosprawnością”.

(Uwaga! Aby zgłoszenie mogło zostać uwzględnione w procesie rekrutacji, należy zaznaczyć znakiem „X” obie powyższe zgody. Sam podpis bez zaznaczenia zgód oznacza brak ich wyrażenia i zgłoszenie zostanie uznane za niekompletne.)

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

Zgoda na przetwarzanie wizerunku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, a w szczególności utrwalenie podczas realizacji projektu „Pasja, która łączy – aktywności z udziałem koni wsparciem rodzin dzieci z niepełnosprawnością”, umieszczanie i rozpowszechnianie przez Administratora – *Fundację Małopolskie Centrum Hipoterapii „Zagroda Możliwości”, ul. Wyżynna 4W/1, 30-617 Kraków* zdjęć i materiałów audiowizualnych zawierających wizerunek mój/mojego dziecka na polach eksploatacji obejmujących:

- 1) utrwalanie i zwielokrotnianie techniką zapisu magnetycznego oraz cyfrową,
- 2) wprowadzanie do pamięci komputera i sieci informatycznych,
- 3) rozpowszechnianie wizerunku – wyświetlanie, odtwarzanie, a także publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i w czasie przez siebie wybranym, w tym poprzez systemy informatyczne (na stronie www, w social mediach na profilach administrowanych przez Administratora, itp.)

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mój/mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji działalności i realizacji potrzeb funkcjonowania Administratora.

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

Oświadczam, że jestem świadomy, iż wyrażone zgody mogą być w każdym momencie wycofane, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych dokonanego przed wycofaniem zgody, a informacje o przetwarzaniu moich/mojego dziecka danych osobowych znajdują się w Regulaminie uczestnictwa w projekcie oraz w siedzibie Administratora.

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