

**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 Miejskie Centrum Wspomagania Edukacji w Opolu, ul.  Powstańców Śląskich 19, 45-086 Opole, w  ramach zadań ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego

**I. Dane dziecka**

Imię i nazwisko 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 wspomaganiu 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 wspomagania rozwoju proszę wskazać placówkę, która je prowadzi:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

III. Kontakt tel. do Prawnego Opiekuna, składającego deklarację: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| miejscowość, dnia |  | podpis prawnego opiekuna składającego deklarację |

Proszę o objęcie mojego dziecka zajęciami:

* Psychologicznymi
* Logopedycznymi
* Neurologopedycznymi
* Tyflopedagogicznymi
* Surdologopedycznymi/Surdopedagogicznymi
* Integracji sensorycznej
* Fizjoterapeutycznymi/Rehabilitacyjnymi
* Wspomagającymi rozwój dziecka w spektrum autyzmu
* Rozwijającymi komunikację alternatywną/wspomagającą

**OŚWIADCZENIA**

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 prawnego opiekuna składającego deklarację |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | podpis 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 prawnego opiekuna składającego deklarację |

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzania 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 otrzymanego wsparcia, oceny efektywności)

przez Administratora Danych, którym jest Miejskie Centrum Wspomagania Edukacji w Opolu, 45-086 Opole, ul. Powstańców Śląskich 19.

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 realizacji ww. celów.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | podpis prawnego opiekuna składającego deklarację |