



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
- ☐ Tyflogopedycznymi
- ☐ 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 przetwarzanie 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)

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

*Miejskie Centrum Wspomagania Edukacji w Opolu;
Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy
45-086 Opole, ul. Powstańców Śląskich 19
tel. 77 454 50 87, e-mail: sekretariatmppp@mcwe.opole.pl*