

**ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ
OSOBY MAŁOLETNIEJ W WARSZTATACH**
w ramach projektu
„Głowa do Góry – program wsparcia zdrowia psychicznego”

Realizowanego w ramach zadania z zakresu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, współfinansowanego ze środków Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

I. Dane osobowe uczestnika	Imię (Imiona)	
	Nazwisko	
	Nazwa Szkoły	
	Klasa	

II. Dane rodzica/ opiekuna prawnego	Imię (Imiona)	
	Nazwisko	
	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	

III. ZGODA NA UDZIAŁ W WARSZTATACH

Ja, niżej podpisany/a, jako rodzic / opiekun prawny ww. osoby małoletniej:
wyrażam zgodę na udział mojego dziecka / podopiecznego w warsztatach edukacyjno-warsztatowych dotyczących zdrowia psychicznego, radzenia sobie ze stresem i emocjami, komunikacji, współpracy oraz rozpoznawania własnych potrzeb emocjonalnych, realizowanych w ramach projektu „Głowa do Góry – program wsparcia zdrowia psychicznego”.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z charakterem i tematyką zajęć oraz wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach.
2. Mam świadomość, że udział w warsztatach ma charakter edukacyjny i profilaktyczny oraz nie stanowi diagnozy ani indywidualnej terapii psychologicznej.



3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział dziecka w zajęciach jest dobrowolny.
4. Zobowiązuję się do przekazania organizatorowi informacji o istotnych okolicznościach mogących mieć znaczenie dla bezpiecznego udziału dziecka w zajęciach.
5. W przypadku wystąpienia u dziecka sytuacji wymagającej kontaktu z rodzicem/opiekunem zobowiązuję się do współpracy z organizatorem i odebrania dziecka, jeżeli będzie to konieczne.
6. Przyjmuję do wiadomości, że dziecko zobowiązane jest do przestrzegania zasad obowiązujących podczas zajęć oraz stosowania się do poleceń osoby prowadzącej.

IV. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SZKODY

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż uczestnik zajęć zobowiązany jest do przestrzegania zasad bezpieczeństwa oraz poszanowania mienia organizatora, szkoły i innych uczestników.

W przypadku umyślnego wyrządzenia przez dziecko szkody w mieniu organizatora, szkoły lub innych osób, przyjmuję do wiadomości możliwość dochodzenia od rodzica/opiekuna prawnego naprawienia szkody na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa.

V. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a o zasadach przetwarzania danych osobowych uczestnika oraz moich danych osobowych w związku z realizacją projektu „Głowa do Góry – program wsparcia zdrowia psychicznego”. Dane będą przetwarzane w celu organizacji, realizacji, dokumentowania, monitorowania i rozliczenia projektu oraz wypełnienia obowiązków związanych z realizacją zadania publicznego. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych zawarte są w Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych, stanowiącej załącznik.

☐ **Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.**

VII. OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA

Oświadczam, że jestem rodzicem / opiekunem prawnym wskazanego powyżej dziecka i jestem uprawniony/a do wyrażenia niniejszej zgody. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe i aktualne.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego:

.....

