**AKADEMIA MŁODYCH ODKRYWCÓW UMYSŁU**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Zgłaszam udział swojego dziecka w warsztatach „Akademia Młodych Odkrywców Umysłu” w roku akademickim 2021/2022.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce zamieszkania |  |
| Imiona rodziców |  |
| Szkoła |  |
| Kontakt: |  |
| * telefon
 |  |
| * e-mail
 |  |

*„Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Akademii Młodych Odkrywców Umysłu”.*

 *„Wyrażam zgodę na fotografowanie, nagrywanie dziecka podczas zajęć organizowanych przez Akademię Młodych Odkrywców Umysłu i publikowanie zdjęć, audycji, wywiadów z udziałem dziecka na stronach organizatora, w mediach oraz materiałach promocyjnych i informacyjnych”.*

*”Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji drogą mailową i telefoniczną od Organizatorów”.*

 *„Zobowiązuję się do opłacenia czesnego. Nie opłacenie skutkuje skreśleniem dziecka z listy”.*

………………….………………………………………

 *Podpis rodziców/ opiekunów prawnych*

**Oświadczenie określające obowiązki stron wynikające z opieki nad dzieckiem**

1. Podczas zajęć dziecko znajduje się pod opieką pracowników Akademii Młodych Odkrywców i nie mogą bez ich zgody samodzielnie opuszczać sal wykładowych.
2. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za opiekę nad dzieckiem z chwilą  zakończenia zajęć.
3. Do obowiązków rodziców bądź opiekunów należy odebranie  dziecka z budynku,  w którym przeprowadzane były zajęcia. Za wszelkie  incydenty z udziałem dziecka zaistniałe po zakończeniu zajęć Organizator nie ponosi odpowiedzialności.

………………….………………………………………

 *Podpis rodziców/ opiekunów prawnych*

………………………………………………………

*Miejscowość, data*

**OŚWIADCZENIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

Oświadczam, że moje dziecko ………………………………………………..……… *(imię i nazwisko)*

nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19  oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Stan zdrowia dziecka jest dobry, syn/córka nie przejawia żadnych oznak chorobowych.

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/a pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka na zajęcia „Akademii Młodych Odkrywców Umysłu” w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o ryzyku na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i naszych rodzin tj:

- mimo wprowadzonych w budynku Tarnobrzeskiego Parku Przemysłowo-Technologicznego obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia Covid – 19,

- w sytuacji wystąpienia zakażenia u dziecka, jego rodziców lub personelu, budynek budynku Tarnobrzeskiego Parku Przemysłowo-Technologicznego może zostać zamknięty, a wszyscy wymienieni i ich bliscy mogą zostać skierowani na kwarantannę,

- w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u dziecka/osoby z kadry pracowniczej, osoba ta zostanie natychmiast umieszczona w przygotowanym wcześniej izolatorium, wyposażonym w niezbędne środki ochrony osobistej,

- w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u dziecka, niezwłocznie o tym fakcie zostanie powiadomiony rodzic/opiekun; ponadto rodzic zostanie poinformowany o konieczności kontaktu z lekarzem pediatrą lub lekarzem I-go kontaktu.

Oświadczam, że w sytuacji zarażenia się mojego dziecka wirusem Covid-19, nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do organu prowadzącego będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego płynącego z obecnej sytuacji w kraju.

Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w placówce procedur związanych z reżimem sanitarnym przede wszystkim: przyprowadzania na zajęcia tylko i wyłącznie zdrowego dziecka oraz natychmiastowego odebrania dziecka z placówki (max.30 min) w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w placówce. Przyjmuję do wiadomości
i akceptuję, iż w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka, dziecko nie zostanie w danym dniu przyjęte do placówki i będzie mogło do niej wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych.

Zobowiązuję się do poinformowania organizatora poprzez kontakt telefoniczny o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na Covid – 19.

Wyrażam także zgodę na pomiar temperatury u mojego dziecka w razie konieczności tj. dostrzeżenia lub podejrzenia jakichś objawów infekcji\*

………………………………………………………

*czytelny podpis*

\*Jako objawy infekcji rozumie się np. gorączka, katar, kaszel, duszności, biegunka, wysypka, bóle mięśni, bóle stawów, ból gardła, utrata smaku, utrata węchu i inne niepokojące stany..

**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**

*Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (…) („Rozporządzenie Ogólne”) informujemy iż:*

1. Administratorem zbieranych w powyższym formularzu danych osobowych jest Tarnobrzeska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A. z w Tarnobrzegu i Mindset Mirror – Małgorzata Makowska.

2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu rekrutacji do „Akademii Młodych Odkrywców Umysłu” na podstawie Pani/Pana zgody.

1. Podanie danych jest niezbędne do procesu rekrutacji. W przypadku niepodania danych uczestnictwo będzie niemożliwe.
2. Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania „Akademii Młodych Odkrywców Umysłu”.
3. Dane mogą być przekazywane podmiotom trzecim współpracującym z Organizatorami. W takich przypadkach podmioty te będą przetwarzać dane osobowe w imieniu administratora na podstawie umów o powierzeniu danych.
4. Rodzicowi/opiekunowi uczestnika zajęć przysługuje prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. W celu realizacji tych uprawnień należy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych Tarnobrzeskiej Agencji Rozwoju Regionalnego S.A. tel. 15 822 00 22.

Potwierdzam, że zapoznałem/am się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

………………………………………………………

*Miejscowość, data, czytelny podpis*

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka w celu rekrutacji do „Akademii Odkrywców Umysłu” zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 oraz zgodnie z klauzulą informacyjną.

………………………………………………………

*Miejscowość, data, czytelny podpis*

**ZGODA NA PRZETWARANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**I WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA**

Jako opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych dla potrzeb Organizatorów „Akademii Odkrywców Umysłu” niezbędnych dla realizacji programu zajęć, promocji oraz wyrażam zgodę na umieszczanie i publikowanie materiałów filmowych, zdjęć zawierających wizerunek mojego podopiecznego oraz publikowanie prac wykonanych przez niego.

………………………………………………………

*Miejscowość, data, czytelny podpis*

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)
2. Ustawa z dnia 19 lutego 2004 r. o systemie informacji oświatowej (Dz. U. Nr 49, poz. 463)
3. Ustawa o prawach autorskich i prawach pokrewnych - Art.81 i 83
4. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH i ADMINISTRACJI z dnia 29 kwietnia 2004 r. Dz. U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024 w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych
5. Kodeks Cywilny - Art. 23 i 24

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka jest bez zastrzeżeń oraz że nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych, które uniemożliwiałyby mojemu dziecku udział w „Akademii Odkrywców Umysłu”. Zobowiązuję się nie przyprowadzać dziecka na zajęcia z  objawami choroby.

Ewentualne ważne uwagi i informacje o stanie zdrowia dziecka dla Organizatora:

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………

*Miejscowość, data, czytelny podpis*