

Załącznik nr 1

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**Na udział dziecka w projekcie**

**„FIT FOR LIFE”**

**program Erasmus+ Akcja KA229 nr wniosku 2019-1-DE03-KA229-059558\_4**

WYRAŻAM ZGODĘ na udział mojego syna/córki

**…………………….…………………………………………………………….…………**. klasa ………………………….……..

w projekcie Erasmus+ **Fit for life** realizowanym przez Szkołę Podstawową w Buszkowicach w terminie 01.09.2019 - 31.08.2021.

Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z założeniami programu **Erasmus+** (www.erasmusplus.org.pl), Regulaminem udziału w projekcie Erasmus+ **Fit for life**, w tym również z §7 (Zasady uczestnictwa w mobilnościach).

Wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z działaniami dotyczącymi projektu.

Data, miejscowość ……………………………………….. ……………………………………………………………………………

…………………………...........……………………..………………

Podpisy rodziców / opiekunów prawnych



Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**ORAZ WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

W związku z moim przystąpieniem /mojego dziecka/ do udziału w projekcie Erasmus+ **Fit for life / Akcja KA229** realizowanym przez Szkołę Podstawową w Buszkowicach, oświadczam, iż:

1. Zgodnie z art. 7 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej **„RODO”**, niniejszym **wyrażam zgodę** na gromadzenie i przetwarzanie **moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka/**, przez Administratora tj. Szkołę Podstawową w Buszkowicach, w zakresie niezbędnym do realizacji, ewaluacji, kontroli, monitoringu oraz sprawozdawczości ww. Projektu.

2. Dane osobowe moje /mojego dziecka/ w zakresie wskazanym przez realizatora Projektu podaję dobrowolnie, mając świadomość, że odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

3. Wyrażam zgodę na **fotografowanie oraz nagrywanie** mojej osoby /mojego dziecka/ podczas realizacji ww. Projektu.

4. Wyrażam zgodę na umieszczanie i udostępnianie wizerunku mojej osoby /mojego dziecka/ w dokumentacji zdjęciowej i/lub filmowej i/lub audiowizualnej z realizacji Projektu na:

a. stronie internetowej szkoły w Buszkowicach (www.spbuszkowice.edupage.org) jako realizatora ww. Projektu,

b. we wszelkich publikacjach tradycyjnych i elektronicznych dotyczących realizacji ww. Projektu,

c. innych istotnych z punktu widzenia realizacji ww. Projektu.

5. Zostałam/-em pouczona/-y o przysługujących mi uprawnieniach w zakresie możliwości wglądu do gromadzonych moich danych osobowych /danych osobowych mojego dziecka/, ich uzupełniania, uaktualniania oraz żądania sprostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

6. Gdy uznam, iż przetwarzanie ww. danych osobowych przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

………………………………………… …………..…………….……………. ……………………………………..

Data, miejscowość Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych

…………..…………….……………………………..……………

Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu



Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE**

**uczestnika projektu**

**………………………………………………………………………………………………………………..**

Imię i nazwisko uczestnika projektu

W związku z moim przystąpieniem do udziału w projekcie Erasmus+ **Fit for life / Akcja KA229** realizowanym przez Szkołę Podstawową w Buszkowicach, oświadczam, iż zapoznałam/em się   
z regulaminem udziału w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Data, miejscowość ……………………………………… Imię i nazwisko ……………………….………………………….…………….

Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu



Załącznik nr 4

Szkoła Podstawowa w Buszkowicach

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w projekcie Erasmus+ Fit for life / Akcja KA229**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dane osobowe kandydata/kandydatki |  |
| 1 | Imię i nazwisko uczestnika / uczestniczki : |  |
| 2 | Data i miejsce urodzenia: |  |
| 3 | PESEL: |  |
| 4 | Adres zamieszkania: |  |
| 5 | Nr telefonu uczestnika / uczestniczki: |  |
| 6 | E-mail uczestnika / uczestniczki: |  |
| 7 | Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego (A): |  |
| 8 | Numer telefonu komórkowego rodzica / opiekuna prawnego (A): |  |
| 9 | Adres e-mail rodzica / opiekuna prawnego (A): |  |
| 10 | Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego (B): |  |
| 11 | Numer telefonu komórkowego rodzica / opiekuna prawnego (B): |  |
| 12 | Adres e-mail rodzica / opiekuna prawnego (B) |  |



Załącznik nr 5

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**na wyjazd dziecka w ramach projektu**

**program Erasmus+ / Akcja KA229**

**nr wniosku 2019-1-DE03-KA229-059558\_4**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka………………………………………………………………………..

imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki projektu

w wyjeździe do ……………………………………………………………………….….……………………………………

nazwa miejscowości i kraju

w terminie ………………………………………………… .

Przyjmuję do wiadomości, że podczas wyjazdu moje dziecko będzie pod opieką nauczycieli wyjeżdżających z nim oraz będzie realizowało program projektu.

Uwagi dotyczące zdrowia dziecka (choroby przewlekłe i przyjmowane leki): ……………………………………………………………………………….…………………………...……………………….…….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

inne dolegliwości (omdlenia, częste bóle głowy, duszności, szybkie męczenie się, choroba lokomocyjna itd.): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

alergie (leki, żywność, inne): ………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

Uwagi dotyczące szczególnych potrzeb żywieniowych dziecka: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Oświadczam, że niniejszy dokument zawiera wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc   
w zapewnieniu mu właściwej opieki podczas wyjazdu.

Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z założeniami programu Erasmus+ (www.erasmusplus.org.pl), Regulaminem udziału w projekcie Erasmus+ „Fit for life”, w tym również z §7 (Zasady uczestnictwa   
w mobilnościach).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z działaniami dotyczącymi projektu.

……….………………………….. ………………………………………………………………………….

Data, miejscowość Podpisy rodziców / opiekunów prawnych