**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**NA KREATYWNE WARSZTATY ARTYSTYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY**

**Z GMINY OBROWO**

**16 - 27 sierpnia 2021 r. w remizie OSP w Zawałach**

**1. Dane osobowe dziecka:**

Nazwisko:

............................................................................................................................

Imię:

............................................................................................................................

Data urodzenia dziecka:

............................................................................................................................

Adres zamieszkania:

ulica i numer domu / mieszkania:

...........................................................................................................................

kod pocztowy: …… - …… miejscowość: ....................................

**2. Dane osobowe Rodzica/Opiekuna - osoby do kontaktu:**

Nazwisko:

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

Imię:

............................................................................................................................

Adres zamieszkania

ulica i numer domu / mieszkania:

............................................................................................................................

Kod pocztowy: ………… - …………Miejscowość: .......................................

Telefon kontaktowy:

…………………………………………………………………

Adres e-mail:

................................................................................................................................

**3. Dane osób upoważnionych do odbioru dziecka z warsztatów (nie wpisywać Rodziców):**

1. Imię:

............................................................................................................................

Nazwisko:

............................................................................................................................

Seria i numer dowodu osobistego:

............................................................................................................................

2. Imię:

............................................................................................................................

Nazwisko:

............................................................................................................................

Seria i numer dowodu osobistego: ............................................................................................................................

**Informacje o stanie zdrowia dziecka:**

**a)** Czy dziecko może uczestniczyć we wszystkich zajęciach plastycznych i artystycznych ?

TAK  NIE 

W jakich nie może?

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

**b)** Czy dziecko jest uczulone na preparaty i artykuły plastyczne?

TAK  \_NIE 

W jeśli tak, to na jakie?

........................................................................................................

**d)** Czy dziecko jest astmatykiem? TAK  NIE 

**e)** Czy dziecko jest alergikiem? TAK  NIE 

Jeśli tak, to na co jest uczulone?

............................................................................................

f) Czy dziecko regularnie przyjmuje leki? TAK  NIE 

Jeśli tak, to jakie?

................................................................................................................

g) Czy istnieją jakieś ograniczenia dotyczące przyjmowania posiłków przez dziecko?

TAK  NIE 

Jeśli tak, to jakie?

................................................................................................................

h) Inne uwagi Rodzica / Opiekuna, dotyczące zdrowia/zachowania dziecka:

............................................................................................................................

............................................................................................................................

Stwierdzam, iż podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki.

Informujemy, że Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Fundację Win-Win, zgodnie z zapisami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781, z późn. zm.) i będą Zawałach wyłącznie na potrzeby rekrutacji na warsztaty w dniach 16 - 27 sierpnia 2021 r. w Wiewiórkach. Jednocześnie informujemy, iż Fundacja Win-Win z siedzibą przy ul. Wilczej 30 w Głogowie, 87 – 123 Dobrzejewice, jest administratorem Państwa danych. Jak również informujemy, że mają Państwo możliwość wglądu do danych osobowych oraz ich poprawiania zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka ze zdjęć wykonanych podczas warsztatów prowadzonych przez Fundację Win-Win na potrzeby dokumentacji oraz promocji warsztatów.

Oświadczam, że zasady bezpieczeństwa obowiązujące w trakcie trwania pandemii Covid-19 są mi znane i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

W celu zgłoszenia dziecka na warsztaty należy wysłać wypełniony formularz na adres: [**piotr@winwin.org.pl**](mailto:piotr@winwin.org.pl)

**Oryginał podpisanego formularza należy dostarczyć do organizatora pierwszego dniu warsztatów wraz ze zgodą na przetwarzanie wizerunku dziecka**

KONTAKT DO ORGANIZATORA

Fundacja Win-Win

mail: piotr@winwin.org.pl

Tel.: 601 914 211