ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ W WYDARZENIU

Organizator: Fundacja Projekt 16.9

Nazwa cyklu wydarzeń: Neuroatypowa integracja

Przedział wiekowy: 16–26 lat (uczniowie szkół średnich oraz studenci)

✧

1. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA ZGODY

Szczegółowe terminy, godziny oraz tematyka spotkań są na bieżąco publikowane w naszych mediach społecznościowych. Obserwuj nas, aby śledzić aktualny kalendarz wydarzeń: Facebook.com/projekt169 ✧ Instagram: @projekt16.9

☐ **ZGODA CYKLICZNA:** Wyrażam zgodę na udział dziecka we **wszystkich spotkaniach** w ramach cyklu w latach 2026/2027 (w tym w okresie wakacyjnym).

☐ **ZGODA JEDNORAZOWA:** Wyrażam zgodę na udział dziecka wyłącznie w **jednym konkretnym spotkaniu** w dniu: ..... r.

1. DANE UCZESTNIKA (DZIECKA)

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia: .....……

2. DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko: .....……...

Numer telefonu: .....……..

3. WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU (Wypełnij, jeśli dotyczy)

Prosimy o wskazanie informacji, które pomogą nam zapewnić dziecku komfort i bezpieczeństwo (np. nadwrażliwości sensoryczne, silne bodźce wyzwalające stres, przyjmowane leki, alergie):
……..
……..
……..
……..

4. OŚWIADCZENIA I ZGODY

(Prosimy o zaznaczenie znakiem „X" odpowiednich pól)

☐ Wyrażam zgodę na udział mojego małoletniego dziecka w cyklu spotkań „Neuroatypowa integracja” organizowanych przez Fundację Projekt 16.9. Oświadczam, że dziecko spełnia kryterium wiekowe (ukończone 15 lat) oraz **zapoznałem/-am się z Regulaminem uczestnictwa w wydarzeniach Fundacji i w pełni akceptuję jego postanowienia**.

☐ Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie i rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka (zdjęcia, wideo) przez Fundację Projekt 16.9 wyłącznie w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z działalnością statutową Fundacji (np. strona www, media społecznościowe).

5. WARUNKI I ZASADY ODBIORU DZIECKA PO WYDARZENIU

*(Prosimy zaznaczyć **tylko jeden** właściwy wariant z poniższych)*

☐ **WARIANT A:** Zobowiązuję się do **osobistego odbioru dziecka** punktualnie po zakończeniu wydarzenia.

☐ **WARIANT B:** Upoważniam niżej wymienione **osoby trzecie** do odbioru mojego dziecka (osoba odbierająca musi być pełnoletnia i legitymować się dokumentem tożsamości):

1. Imię i nazwisko: ....., nr tel: .....……
2. Imię i nazwisko: ....., nr tel: .....……..

☐ **WARIANT C:** Wyrażam zgodę na **samodzielny powrót mojego dziecka** do domu po zakończeniu wydarzenia. Przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka od momentu opuszczenia przez nie miejsca wydarzenia.

✧

6. KLAUZULA INFORMACYJNA (RODO)

Administratorem danych osobowych jest Fundacja Projekt 16.9. Dane przetwarzane są wyłącznie w celu organizacji, przeprowadzenia i udokumentowania wydarzenia „Neuroatypowa integracja”, w tym wdrożenia procedur bezpiecznego odbioru dziecka (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a, b oraz f RODO). Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału dziecka w wydarzeniu. Przysługuje Państwu prawo do wglądu w dane, ich poprawiania oraz wycofania zgody w dowolnym momencie.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA (NASTOLATKA):

*Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem uczestnictwa w wydarzeniach Fundacji Projekt 16.9 i zobowiązuję się do przestrzegania zasad w nim zawartych.**

…….. ……

(Miejscowość, data) *(Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

……

(Czytelny podpis uczestnika)

**Regulamin dostępny na naszej stronie internetowej www.projekt169.pl/dokumenty oraz w naszych mediach społecznościowych.*