**Załącznik Nr 6 do umowy Nr ……./ES/ZS/D-POKL/14**

**Wzór formularza zgłoszeniowego oraz oświadczenia o przetwarzaniu danych osobowych**

**Formularz zgłoszenia dziecka na zajęcia pozalekcyjne odbywające się**

**w ramach projektu**

**Część I. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU (DZIECKA)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Nazwa** |  |
| **Dane uczestnika** |  | Imię (imiona) |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Płeć | kobieta  | □ |
| mężczyzna  | □ |
|  | Wiek w chwili przystępowania do projektu |  |
|  | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dane kontaktowe** |  | Ulica |  |
|  | Nr domu |  |
|  | Nr lokalu |  |
|  | Miejscowość |  |
|  | Obszar | miejski  | □ |
| wiejski | □ |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Województwo |  |
|  | Powiat |  |
|  | Telefon stacjonarny |  |
|  | Telefon komórkowy |  |
|  | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
|  | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
|  | Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| **Dane dodatkowe** |  | Pieczęć lub nazwa szkoły  |  |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA DZIECKA W ZAJĘCIACH**

Zgłaszam dziecko do udziału we wszystkich następujących rodzajach zajęć: zajęcia z przedmiotów matematyczno-przyrodniczych; języki obce oraz zajęcia związane z poradnictwem i doradztwem edukacyjno-zawodowym, w ramach projektu pn. ***„Wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów poprzez dodatkowe zajęcia rozwijające kompetencje kluczowe – „Moja przyszłość”.***

**OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem świadomy/a, że koszt uczestnictwa dziecka w projekcie pokrywany jest w całości ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, budżetu państwa oraz budżetu Województwa Mazowieckiego.

Jestem świadomy/a, że:

1. Uczestnik projektu zobowiązany jest do:

a) regularnego, punktualnego i aktywnego uczestnictwa w zajęciach. Opuszczenie zajęć usprawiedliwia:

- pisemne usprawiedliwienie rodziców wyjaśniające przyczynę nieobecności,

- zwolnienie lekarskie.

b) wypełniania ankiet związanych z realizacją projektu i monitoringiem jego późniejszych rezultatów.

1. Uczestnictwo w zajęciach będzie dokumentowane listą obecności w dzienniku zajęć uzupełnianą przez nauczyciela na każdych zajęciach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego\* uczestnika projektu*** | ***Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\* uczestnika projektu*** | ***Czytelny podpis uczestnika projektu*** |
|  |  |  |

# Część II. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych projektu ***„Wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów poprzez dodatkowe zajęcia rozwijające kompetencje kluczowe – „Moja przyszłość”***, jest Minister Infrastruktury i Rozwoju, adres:

Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,

a Marszałek Województwa Mazowieckiego, adres:

Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa, jako instytucja pośrednicząca, jest upoważniony do przetwarzania tych danych.

Ww. dane osobowe zbierane są w celu realizacji projektu pn. ***„Wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów poprzez dodatkowe zajęcia rozwijające kompetencje kluczowe – „Moja przyszłość”***, na podstawie ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712 ze zm.) oraz rozporządzeń unijnych regulujących kwestie wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści tych danych i ich poprawiania.

**Część III. ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Udzielam Liderowi Partnerstwa (Województwu Mazowieckiemu) nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa do wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z wizerunkiem mojego dziecka, uczestniczącego w realizacji projektu ***„Wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów poprzez dodatkowe zajęcia rozwijające kompetencje kluczowe – „Moja Przyszłość”,*** bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu informacji i promocji dot. projektu „Moja Przyszłość”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego\* uczestnika projektu*** | ***Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\* uczestnika projektu*** | ***Czytelny podpis uczestnika projektu*** |
|  |  |  |

***\*****niepotrzebne skreślić*