

**DEKLARACJE I OŚWIADCZENIA**

**wychowanka**

**………………………………………………………..**

**Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Oławie**

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

imię i nazwisko wychowanka

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

PESEL wychowanka

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Zgoda rodzica (prawnego opiekuna) na badania i leczenie oraz podawanie leków**

Wyrażam zgodę na badania przesiewowe oraz profilaktykę, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych, w tym także leczenie psychiatryczne i neurologiczne mojego syna (podopiecznego) ......................................................................... ur ……....................................

zam. .................................................................................................................

…………………………………………………………………………………

oraz podawanie leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, złego samopoczucia podczas jego pobytu w Zespole Placówek Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie.

 Jednocześnie informuję, że syn / podopieczny jest uczulony na następujące leki:……………………………………………………………….

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

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

PESEL Rodzica / Prawnego Opiekuna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Zgoda rodzica (prawnego opiekuna) na badania psychologiczne, pedagogiczne, logopedyczne oraz inne przeprowadzane przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną**

Wyrażam zgodę na badania psychologiczne, pedagogiczne, logopedyczne oraz inne przeprowadzane przez poradnię psychologiczno – pedagogiczną mojego syna (podopiecznego) .............................................................................. oraz **wyrażam zgodę na wydanie orzeczenia i opinii.**

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

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

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Wyrażam zgodę na konsultacje oraz ewentualne leczenie psychiatryczne mojego syna (podopiecznego)………………………………

…………………………………………………………………………………

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Wyrażam zgodę na udział mojego syna (podopiecznego) ……………………………………………………………………..…………….

w spotkaniach terapeutycznych z terapeutą uzależnień.

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja niżej podpisana/y…………………………………………………….rodzic/ opiekun prawny, opiekun z ramienia placówki macierzystej…………………………………………………………………….. zobowiązuję się do naprawienia szkody, odkupienia zniszczonej rzeczy lub zapłacenia za zniszczenia dokonane przez mojego syna/ podopiecznego ……..…………...……..........................................................................................na rzecz Zespołu Placówek Resocjalizacyjno-Socjoterapeutycznych w Oławie.

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

podpis Rodzica / Opiekuna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja niżej podpisana/y…………………………………………………….rodzic/ opiekun prawny, opiekun z ramienia placówki macierzystej …………………………….....………………………. biorę całkowitą odpowiedzialność za wszystkie rzeczy materialne mojego syna/ podopiecznego…………………….................................................................................. które mój syn/ podopieczny przywiezie do placówki. W sytuacji wcześniejszego skreślenia / ucieczki / nieterminowego powrotu syna / podopiecznego z listy wychowanków zobowiązuję się do osobistego odebrania jego rzeczy z placówki w terminie do trzech miesięcy od dnia skreślenia. Przyjmuję do wiadomości, że placówka nie odsyła rzeczy.

……………………………..

Podpis rodzica/ Opiekuna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

 **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych Rodzica/Opiekuna**

* Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit a 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) **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** zamieszczonych w dostarczonej przeze mnie dokumentacji a w szczególności w:
* ankiecie dla rodziców,
* odpisie skróconego aktu urodzenia,
* potwierdzeniu zameldowania,
* orzeczeniach PPP np. o potrzebie kształcenia specjalnego, indywidualnego nauczania
* opinii wydanych przez szkołę, PPP, RODK lub OZSS,
* postanowieniach Sądu Rejonowego,
* arkuszu ocen oraz wykazie ocen cząstkowych,
* karcie zdrowia, karcie szczepień oraz książeczce zdrowia oraz innej dokumentacji zdrowotnej (np. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pobytu w MOS i chorobach przewlekłych, ostanie zdrowia psychicznego i aplikowanych lekach, wypisy ze szpitala),
* wywiadzie środowiskowym,
* świadectwach i zaświadczeniach szkolnych,
* deklaracjach i oświadczeniach wychowanka ZPR-S w Oławie.

**w celu dopełnienia koniecznych formalności** związanych z umieszczeniem mojego dziecka/podopiecznego w Zespole Placówek Resocjalizacyjno-Socjoterapeutycznych w Oławie.

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych dziecka**

W celu dopełnienia niezbędnych formalności związanych z umieszczeniem mojego
dziecka/podopiecznego………………………………………………………………………
w Zespole Placówek Resocjalizacyjno-Socjoterapeutycznych w Oławie, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit a 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) **wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego** zamieszczonych w dostarczonej przeze mnie dokumentacji a w szczególności w:

* ankiecie dla rodziców,
* skierowaniu do placówki,
* odpisie skróconego aktu urodzenia,
* potwierdzeniu zameldowania,
* orzeczeniach PPP np. o potrzebie kształcenia specjalnego, indywidualnego nauczania
* opinii wydanych przez szkołę, PPP, RODK lub OZSS
* postanowieniach Sądu Rejonowego
* arkuszu ocen oraz wykazie ocen cząstkowych,
* karcie zdrowia, karcie szczepień oraz książeczce zdrowia oraz innej dokumentacji zdrowotnej, (np. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pobytu w MOS i chorobach przewlekłych, o stanie zdrowia psychicznego i aplikowanych lekach, wypisy ze szpitala),
* wywiadzie środowiskowym,
* świadectwach i zaświadczeniach szkolnych,
* deklaracjach i oświadczeniach wychowanka ZPR-S w Oławie.

 ………………………………
 podpis Rodzica/ Prawnego opiekuna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Zgoda na wykorzystanie wizerunku wychowanka**

Zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z 4 lutego 1994 r. (Dz.U.2018.1191 t.j. z dnia 2018.06.21) oraz z art. 6 ust. 1 lit. a 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 RODO) **wyrażam zgodę na nieodpłatne zamieszczenie wizerunku mojego dziecka/podopiecznego**………………………………………………... zarejestrowanego podczas uroczystości, zajęć dydaktycznych, wycieczek oraz konkursów w czasie jego pobytu w Zespole Placówek Resocjalizacyjno-Socjoterapeutycznych w Oławie. Zgoda obejmuje zamieszczanie zdjęć na stronie internetowej placówki oraz gazetkach ściennych i gablotach umieszczonych w korytarzach ZSR-S w celu promowania osiągnięć i umiejętności wychowanka, zamieszczanie zdjęć w innych materiałach i prezentacjach promujących działalność placówki oraz w celach sprawozdawczości związaną z realizacją przepisów oświatowych.

 ………………………………
 podpis Rodzica/ Prawnego opiekuna

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

imię i nazwisko wychowanka

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**uczestnictwa w zajęciach edukacji zdrowotnej**

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 kwietnia 2025r., *w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U.2025.467)*, **edukacja zdrowotna** jest realizowana w szkołach podstawowych w klasach IV-VIII. Podstawa programowe edukacji zdrowotnej kładzie nacisk na kształtowanie u uczniów rozumienia powiązań między różnymi aspektami zdrowia, rozwijanie zainteresowania zdrowiem własnym i otoczenia oraz zaangażowanie w działania prozdrowotne.

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na uczestnictwo mojego syna na w zajęciach edukacji zdrowotnej.

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

\*niepotrzebne skreślić

**O Ś W I A D C Z E N I E**

 Wyrażam zgodę na udział mojego syna (podopiecznego) ................................................................................................ **w lekcjach religii.**

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

 Wyrażam zgodę na udział mojego syna (podopiecznego) ……..…………………………………… w zawodach sportowych (joga, podnoszenie ciężarów, pływanie, piłka nożna, boks i innych) oraz w imprezach i wycieczkach, organizowanych przez Zespół Placówek Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie poza terenem Placówki.

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

**Z O B O W I Ą Z A N I E**

Wyrażam zgodę na samodzielne wyjścia i powroty do placówki w ramach udzielonego urlopowania i/lub przepustek oraz biorę na siebie pełną odpowiedzialność za zdrowie i bezpieczeństwo mojego syna/ podopiecznego ..........…………………………………………………………………...podczas udzielonego urlopowania i/lub przepustek z Zespołu Placówek Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie.

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

**Zespół Placówek**

**Resocjalizacyjno –**

**Socjoterapeutycznych**

**w Oławie**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na samodzielne powroty mojego syna (podopiecznego)……………………………………………………………

z urlopowania i/lub przepustek do domu rodzinnego w poniedziałek przed zajęciami edukacyjnymi o godz. 7. 30.

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

 Wyrażam zgodę na udział mojego syna (podopiecznego) ……..…………………………………… w akcjach **wolontariatu** proponowanych lub organizowanych przez Zespół Placówek Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie poza terenem Placówki.

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

podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

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

podpis wychowanka

**I N F O R M A C J A**

**Szanowni Państwo,**

**Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Placówek Resocjalizacyjno- Socjoterapeutycznych w Oławie** **z siedzibą w Oławie przy ul. Kutrowskiego 31 A.**

**Inspektorem ochrony danych osobowych (IOD)** jest Katarzyna Bala-Antczak. W przypadku pytań lub wątpliwości dotyczących ochrony danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem pod adresem:

biuro@abi-kancelaria.pl

**Macie Państwo prawo**dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli uznają Państwo, że dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

**Państwa dane będą przetwarzane w celu** prowadzenia przez Administratora działalności statutowej placówki oraz księgowej i skarbowej.

**Podanie danych jest dobrowolne,**jednakże ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości podjęcia jakichkolwiek działań statutowych Administratora.

**Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych** jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz d rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 - dalej: **RODO**. W zakresie, w jakim przetwarzane dane obejmują dane szczególnych kategorii, podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 9 ust. 2 lit. b, c, f oraz h **RODO**.

**Odbiorcami Państwa danych** są upoważnieni pracownicy Administratora, jednostki świadczące usługi medyczne i diagnostyczne, poradnie psychologiczno - pedagogiczne i specjalistyczne, oraz podmioty świadczące usługi wsparcia technicznego na mocy umów o współpracy i tylko w celu realizacji zadań wynikających z tych umów.

**Państwa dane będą przechowywane** nie dłużej niż jest to wymagane do realizacji celu w jakim zostały pobrane.

**Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z wymogami RODO oraz zgodnie z ustawami związanymi z główną działalnością Administratora, nie będą przekazywane podmiotom nieuprawnionym.**

Otrzymałem/łam …………………………………………………………..

 podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna