**ZAŁĄCZNIK NR 1. ZAŁĄCZNIK DO KARTY ZGŁOSZENIOWEJ DLA SZKOŁY**

**KARTA**

**ZGŁOSZENIA DANEGO UCZESTNIKA**

|  |
| --- |
| **Nazwa Szkoły + Grupy (własna nazwa grupy)****……………………………………………………………………………………………………………………****Pieczęć Szkoły\*:** |
| **II. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA ZAKWALIFIKOWANEGO DO PROJEKTU** \* |
| **Rodzaj uczestnika\*** | [ ]  osoba niepełnosprawna (dzieci i młodzież do 24 roku życia)[ ]  osoba opiekująca się osobami niepełnosprawnymi podczas dojazdów i projektu |
| **NAZWISKO I IMIĘ\***  |  |
| **PESEL\*** |  | **Płeć** | [ ]  kobieta[ ]  mężczyzna |
| **III. ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA** |
| **Miejscowość\*** |  | **Kod** |  |
| **Ulica\*** |  | **Nr domu\*** |  | **Nr lokalu\*** |  |
| **Numer telefonu\*** |  | **E- mail\*** |  |
| **IV. POTWIERDZENIE OD ZAINTERESOWANEGO UCZESTNIKA –KARTĘ ZGŁOSZENIA PODPISUJE UCZESTNIK NIEPEŁNOSPRAWNY SAMODZIELNY ALBO OSOBA UPRAWNIONA DO UDZIELENIA ZGODY NA UDZIAŁ ZA UCZESTNIKA OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ LUB UCZESTNIK BĘDĄCY OPIEKUNEM\*.** |
| Podpisując niniejszą Kartę zgłoszenia potwierdzam zobowiązanie do wzięcia udziału, albo udzielam zgodę i potwierdzam udział zgłaszanej osoby niepełnosprawnej w projekcie na warunkach regulaminu. Podpisuje:\*. | [ ]  rodzic lub opiekun prawny za uczestnika osobę niepełnosprawną albo[ ]  osoba nauczyciela lub opiekuna podczas projektu - jeśli dotyczy |

KAŻDY Z UCZESTNIKÓW (LUB FORMALNY OPIEKUN) DOBROWOLNIE ZOBOWIĄZUJE SIĘ I PODPISUJE WSZYSTKIE NIEZBĘDNE, ZGODNE Z REGULAMINEM, OŚWIADCZENIA I ZAŁĄCZANE POZOSTAŁE DOKUMENTY. REZYGNACJA LUB ODMOWA JEST RÓWNOZNACZNA Z BRAKIEM MOŻLIWOŚCI UCZESTNICTWA W PROJEKCIE.

**Data\*....................................................... ………………………….………..………………………………..**

 **Czytelny podpis (imię i nazwisko)\***

*(Osoby zgłaszającej lub formalnego opiekuna osoby niepełnosprawnej)*

*\*Obowiązkowe do wypełnienia danymi rubryki lub wybrania i zaznaczenia odpowiednich kwadratów*

**ZAŁĄCZNIK NR 2. ZAŁĄCZNIK DO KARTY ZGŁOSZENIOWEJ DLA SZKOŁY**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY**

**NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu **...w kręgu tańca…2016** realizowanego w ramach celu programowego Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: wzrost aktywności osób niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia, Ja niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, iż zgodnie z art. 24 ust.1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) zostałem/am poinformowana przez administratora moich danych osobowych, którym jest Artbale Stowarzyszenie Rozwoju Edukacji Kulturalnej i Sztuki (zwane dalej Artbale) z siedzibą w Legionowie, o:

1. celu zbierania danych, to jest realizacji i dokumentacji projektu ….w kręgu tańca…2016.

2. przewidywanych odbiorcach danych osobowych tj. PFRON, organach administracji publicznej, organach kontroli, sadach, organach egzekucyjnych w zakresie ich uprawnień określonych szczegółowymi przepisami prawa,

3. prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz do ich poprawiania,

4. dobrowolności podania danych.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z wyżej wymienionymi informacjami oraz:

1) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez ARTBALE moich danych osobowych w celu tworzenia baz danych, niezbędnych dokumentów, sprawozdań, analiz i raportów zbiorczych z tak zebranych danych,

2) wyrażam zgodę aby moje dane osobowe udostępniano PFRON lub niezbędnym dla realizacji projektu lub kontroli podmiotom przez ARTBALE Stowarzyszenie Rozwoju Edukacji Kulturalnej i Sztuki;

3) mam świadomość, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w projekcie.

*………………………….…..……………..CZYTELNY PODPIS\*…………………….………………….………………………………….*

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA (Osoby zgłaszającej lub formalnego opiekuna*

*osoby niepełnosprawnej)\**

*\*Obowiązkowe do wypełnienia danymi rubryki lub wybrania i zaznaczenia odpowiednich kwadratów*

**ZAŁĄCZNIK NR 3. ZAŁĄCZNIK DO KARTY ZGŁOSZENIOWEJ DLA SZKOŁY**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**zabezpieczające prawa autorskie nagrywającego**

Ja niżej podpisany/a\* ……………………………….…………………………………………………………………………..

Zamieszkały/a\*………………………………………………………………………………………………..………………

Legitymujący/a się leg. Dow.osob\*……….……………………………………..……………………………...…………

Wydanym przez\* ………………………………………………………………………..…………………………………………

Wyrażam nieodpłatną zgodę na nagrywanie, rozpowszechnianie i udostępnianie przez ARTBALE Stowarzyszenie Rozwoju Edukacji Kulturalnej i Sztuki z siedziba w 05-120 Legionowo oraz autora projektu dr Bożenę W. Jakubczak, mojego wizerunku, moich prezentacji z uczestnictwa w projekcie, w tym wypowiedzi, wykonanych w ramach rejestracji audiowizualnej projektu …w kręgu tańca*…*2016, na następujących polach eksploatacji:

1. utrwalanie na jakimkolwiek nośniku audiowizualnym cyfrowym, analogowym i jakąkolwiek techniką,
2. zwielokrotnianie jakąkolwiek techniką, w tym techniką cyfrową, analogową i drukarską,
3. wszelkie rozpowszechnianie, w tym w Internecie,
4. publiczne odtwarzanie i wyświetlanie, wprowadzanie do pamięci komputera i do sieci multimedialnej, w tym Internet,
5. wszelkie publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp
w miejscu i czasie przez siebie wybranym, w tym wykorzystanie lub udostępnianie
w Internecie, w tym na stronach internetowych ARTBALE lub autora projektu,
6. wykorzystanie w całości lub we fragmentach (w tym stop klatki), dowolnie wybranych przez ARTBALE lub autora w celach statutowych Stowarzyszenia lub autorskich ARTBALE i twórcy projektu, w tym promocji ARTBALE, współfinansującego projekt PFRON, jak również na opracowanie ww. rejestracji, w szczególności sporządzanie wersji obcojęzycznych, wydawniczych itp.

Oświadczam, iż zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń, w tym również roszczeń o wynagrodzenie (istniejących i przyszłych) względem Stowarzyszenia ARTBALE i autora projektu, z tytułu używania i rozpowszechnianie mojego lub podopiecznego uczestnika wizerunku, głosu i wypowiedzi na potrzeby wymienione w niniejszym oświadczeniu.

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

*DATA ZŁOŻENIA OŚWIADCZENIA CZYTELNY PODPIS OSOBY UCZESTNICZĄCEJ W PROJEKCIE*

 *LUB OPIEKUNA PRAWNEGO NIEPEŁNOSPRAWNEGO UCZESTNIKA\**

*\*Obowiązkowe do wypełnienia danymi rubryki lub wybrania i zaznaczenia odpowiednich kwadratów*