

**MATKA MA WYCHODNE**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: |   |
| IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO: |   |
| TELEFON OPIEKUNA PRAWNEGO  |   |
| AKTUALNY STAN ZDROWIA DZIECKA: |   |
| CZY DZIECKO POZOSTAJE W STAŁYM LECZENIU? |   |
| JEŚLI TAK, TO NA CO? |   |
| CZY U DZIECKA WYSTĘPUJĄ ALERGIE? |   |
| JEŚLI TAK, TO NA CO? |   |
| CZY ISTNIEJĄ SYTUACJE LUB PRZEDMIOTY, KÓTRE WYWOŁUĄ U DZIECKA LĘK? |   |
| JEŚLI TAK, TO JAKIE? |   |
| UPOWAŻNIONE OSOBY DO ODBIORU DZIECKA ( IMIĘ I NAZWISKO ): |   |
| NUMER RZĘDU I MIEJSCA PODCZAS SEANSU: |   |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Kultury i Sztuki w Skierniewicach danych osobowych mojego dziecka ujawnionych przeze mnie w formularzu w celu sprawowania opieki nad moim dzieckiem w trakcie jego

pobytu na terenie CKiS.

………………………………………………….
 Data i czytelny PODPIS

Informuję, że zapoznałam/łem się z regulaminem projektu Matka ma wychodne.

………………………………………………….
 Data i czytelny PODPIS

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o godz. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_oddałam/em dziecko pod opiekę pracowników CKiS.

………………………………………………….
 Data i czytelny PODPIS

Ja niżej podpisana/y oświadczam, ,że w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o godz. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ odebrałam/łem dziecko spod opieki w CKiS.

………………………………………………….
 Data i czytelny PODPIS

Administratorem ujawnionych danych osobowych jest Centrum Kultury i Sztuki w Skierniewicach. Dane przetwarzane będą w celu opieki nad dzieckiem w związku z realizacją usługi Matka ma wychodne. Przysługujące prawa: wycofanie zgody, dostęp do danych, sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, wniesienia skargi do organu nadzorczego. Pełna treść klauzuli informacyjnej jest dostępna na stronie www w zakładce O nas – RODO.