

....., dn.

.....
(imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka:

.....
(imię/imiona i nazwisko dziecka)

przez **NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ SZKOLNO-PRZEDSZKOLNY W PRZECHODZIE- NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE W PRZECHODZIE** dalej: Placówka, podczas zajęć, wycieczek, olimpiad, konkursów oraz uroczystości, w celu informacji i promocji, oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć:

(proszę zaznaczyć przy wybranym polu krzyżyk [X]- brak w danej pozycji zaznaczenia pola
[] TAK lub [] NIE jest jednoznaczne z brakiem wyrażenia zgody)

[] TAK	[] NIE - na stronie internetowej oraz Facebooku Placówki
[] TAK	[] NIE – na tablicach ściennych w publicznych jednostkach na terenie Gminy Korfantów
[] TAK	[] NIE – w kronice Placówki
[] TAK	[] NIE – na tablicach ściennych w pomieszczeniach Placówki
[] TAK	[] NIE – w folderach wydanych przez Placówkę

Celem przetwarzania wizerunku będzie wyróżnienie mojego dziecka, promowanie postaw proedukacyjnych oraz promowanie przedszkola w środowisku. Wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania, kadrowania, kompozycji, a także zestawiany wizerunek innych osób. Może być uzupełniany towarzyszącym komentarzem, z imieniem i nazwiskiem dziecka, grupy, nazwy placówki bez obowiązku akceptacji produktu końcowego. Wizerunek nie może być użyty w formie publikacji obraźliwej lub naruszać w inny sposób dóbr osobistych. Wizerunek nie może być użyty dla innych celów niż określone w przedmiotowym oświadczeniu.

Oświadczam, że niniejsza zgoda jest nieodpłatna, odwołalna w dowolnym momencie (w całości lub części), nieograniczona terytorialnie oraz nieograniczona czasowo (do momentu wycofania zgody).

.....
(data i czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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 (zwanej dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest **Niepubliczny Zespół Szkolno-Przedszkolny w Przechodzie- Niepubliczne Przedszkole w Przechodzie, Przechód 239, 48-317 Korfantów, szkolawprzechodzie@gmail.com, 774312605**, zwany dalej **Administratorem**;
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych e-mail: inspektor@kancelaria-odo.pl.
3. Dane osobowe Pani /Pana dziecka przetwarzane będą w celu informacji i promocji placówki zgodnie z wyrażoną przez Panią/Pana zgodą w tabeli powyżej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO;
4. Dane nie będą przekazywane innym odbiorcom, chyba że wynikać to będzie z przepisu prawa
5. Dane osobowe Pani/Pana dziecka nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Ze względu na informacyjny i promocyjny cel udostępniania danych osobowych Pani/Pana dziecka dane będą przetwarzane do momentu cofnięcia zgody.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych i otrzymania ich kopii, prawo do sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
9. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ;
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jednak niepodanie danych może uniemożliwić publikację udziału Pani/Pana dziecka w wydarzeniach organizowanych przez Administratora
11. Administrator Danych Osobowych nie podejmuje w sposób zautomatyzowany decyzji oraz nie profiluje danych osobowych;
12. Z uwagi na charakter przetwarzania danych nie określa się dokładnego czasu ich przetwarzania

.....
(data i czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

....., dn.

.....
(imię i nazwisko)

ZGODA NA WEZWANIE POGOTOWIA RATUNKOWEGO W CELU RATOWANIA ZDROWIA LUB ŻYCIA DZIECKA

Oświadczam, że wyrażam zgodę dla placówki: **NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ SZKOLNO-PRZEDSZKOLNY W PRZECHODZIE- NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE W PRZECHODZIE**, na wezwanie pogotowia ratunkowego w celu ratowania zdrowia lub życia mojego dziecka.

.....
(imię i nazwisko dziecka,)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art.13 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 (zwanej dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest **Niepubliczny Zespół Szkolno-Przedszkolny w Przechodzie- Niepubliczne Przedszkole w Przechodzie, Przechód 239, 48-317 Korfantów, szkolawprzechodzie@gmail.com, 774312605** zwanym dalej Administratorem;
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych e-mail: inspektor@kancelaria-odo.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu ratowania zdrowia lub życia;
4. Odbiorcami danych osobowych będą podmioty/służby bezpośrednio zajmujące się ratowaniem zdrowia lub życia;
5. Dane osobowe nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych;
6. Wyżej wymienione dane osobowe będą przechowywane przez okres pobytu dziecka w placówce
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych;
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
9. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
10. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak jej nie wyrażenie może utrudniać pomoc medyczną i może mieć istotny wpływ na ratowanie zdrowia lub życia dziecka;

.....
(data i czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)