



Formularz zgłoszeniowy
trening samoobrony i asertywności dla dziewcząt
WENDO

Imię i nazwisko uczestniczki

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych

.....

Nr telefonu do uczestniczki.....

Nr telefonu do rodziców.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Termin warsztatu (proszę zaznaczyć krzyżykiem 1 preferowany termin warsztatów)

Obowiązkowa jest obecność na dwóch dniach warsztatowych tj. sobota i niedziela.

- ☐ **7-8.10.2017 wiek 14-15 lat** (sobota-niedziela) godz. 10.00-16.00 SP nr 22
zuchówka, ul. Chmielowskiego 1
- ☐ **21-22.10.2017 wiek 14-15 lat** (sobota-niedziela) godz. 10.00-16.00 PAL MOPS
Kraków, os. Na Skarpie 35
- ☐ **28-29.10.2017 wiek 11-13 lat**(sobota-niedziela) godz.godz.10.00-16.00 SP nr 22
zuchówka, ul. Chmielowskiego 1
- ☐ **18-19.11.2017 wiek 11-13 lat** (sobota-niedziela) godz. 10.00-16.00 PAL MOPS
Kraków, os. Na Skarpie 35
- ☐ **25-26.11.2017 wiek 14-15 lat** (sobota-niedziela) godz.10.00-16.00 SP nr 22
zuchówka, ul. Chmielowskiego 1
- ☐ **2-3.12.2017 wiek 14-15 lat** (sobota-niedziela) godz. 10.00-16.00 PAL MOPS
Kraków, os. Na Skarpie 35

W przypadku braku miejsc na wybrany termin organizator skontaktuje się z Państwem celem ustalenia innego terminu.

Dieta (dotyczy posiłku podczas warsztatów):

- ☐ **mięsna**
- ☐ **wegetariańska**
- ☐ **wegańska**

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mojemu dziecku udział w warsztatach.

Oświadczam, że w przypadku potrzeby przyjmowania leków zażywanych na stałe przez dziecko wyrażam zgodę na: samodzielne ich przyjęcie przez moje dziecko/deklaruję swoją obecność w miejscu zajęć na czas przyjęcia leku. *
(proszę skreślić oba, jeśli nie dotyczy Państwa dziecka)

Wyrażam / nie wyrażam zgody * na użycie wizerunku mojego dziecka do celów promocyjnych Budżetu Obywatelskiego tj.:

- 1) fotografowanie mojego dziecka;
 - 2) użycie wizerunku mojego dziecka, w związku z działalnością promocyjną Budżetu Obywatelskiego
- prowadzoną przez Urząd Miasta Krakowa oraz Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zmianami), bez ograniczeń co do czasu i ilości.

Oświadczam, że w przypadku braku możliwości udziału mojego dziecka w zajęciach poinformuję o tym organizatora najpóźniej 48 h przed rozpoczęciem zajęć.

Wydrukowany i podpisany formularz dostarczę do biura:

Program Aktywności Lokalnej MOPS, ul. Dąbrówki 7/3 (dot. zajęć na ul. Chmielowskiego 1)

Program Aktywności Lokalnej MOPS, os. Na Skarpie 35 (dot. zajęć na os. Na Skarpie 35)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie jako administrator danych informuje, że powyższe dane osobowe są przetwarzane na podst. art. 100 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

miejsowość, data

podpisy rodziców/opiekunów prawnych

* - zakreślić właściwe

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie

Dział Rewitalizacji Społecznej

ul. Józefińska 14, 30-529 Kraków

tel. +48 603-039-026

e-mail: pal@mops.krakow.pl, www.mops.krakow.pl