**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PROJEKTU DLA UCZESTNIKA (DZIECKA/PODOPIECZNEGO)**

# „Aktywność – START!” realizowany w latach 2023-2026

**DANE OSOBOWE**

(Proszę wypełnić drukowanymi literami, proszę zaznaczyć znak **„x”** w odpowiednich polach)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/imiona dziecko/podopiecznego |  |
| Nazwisko |  |
| Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych |  |
| **Data urodzenia**  |  |
| **Płeć** |  |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  |
| **PESEL** |  |
| **Wykształcenie** | Przed obowiązkiem szkolnym |  |
| Zajęcia rewalidacyjne |  |
| Niepełne podstawowe |  |
| Podstawowe |  |
| Gimnazjalne |  |
| Zawodowe |  |
| Średnie |  |
| Policealne |  |
| Wyższe |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica |  |
| Nr domu/Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Obszar (zakreślić właściwe) | A) wieś | B) m. do 20 tys. mieszkańców | C) m. 20-50 tys. mieszkańców |
| D) m. 50-100 tys. mieszkańców | E) m. powyżej 100 tys. mieszkańców |
| Województwo |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

**INNE INFORMACJE**

|  |  |
| --- | --- |
| SKĄD DOWIEDZIAŁ/A SIĘ PAN/PANI O PROJEKCIE? |  |
| Nr konta bankowego rodzica/opiekuna prawnego |  |
| Czy dziecko/podopieczny uprawia/uprawiał/a sport?(jeżeli tak to proszę wymienić dyscypliny i ewentualne sukcesy oraz podanie klubu, w jakim Uczestnik trenuje/trenował) |  |
| Którymi dyscyplinami dziecko/podopieczny jest zainteresowane?Które dyscypliny chciałoby Pan/i trenować?*(można wymienić pływanie, lekka atletyka, kolarstwo, szermierka, boccia, podnoszenie ciężarów, goalball, strzelectwo sportowe, narciarstwo biegowe, narciarstwo zjazdowe, para-snowboarding i wszelkie inne)* |  |
| Inne informacje ważne dla Organizatora: |  |

**RODZAJ I STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (Proszę zaznaczyć **„x”** w odpowiednich polach)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stopień niepełnosprawności** | Lekki |  |
| Umiarkowany |  |
| Znaczny |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| **Rodzaj niepełnosprawności** | Autyzm |  |
| Choroby psychiczne |  |
| Inne przyczyny |  |
| Narząd ruchu |  |
| Narząd słuchu |  |
| Narząd wzroku |  |
| Niepełnosprawność sprzężona |  |
| Ogólny stan zdrowia |  |
| Upośledzenie umysłowe |  |

**STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU/ UCZESTNICTWO W WTZ:**

(Proszę zaznaczyć **„x”** w odpowiednich polach)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.Niezarejestrowany w PUP** |  | **2.Uczestnictwo w WTZ** |  |
| H) Nie dotyczy (dzieci i młodzież szkolna) |  | **3.Absolwent WTZ – jeśli dotyczy** |  |

**INFORMACJE NA TEMAT PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 2016/679 – dalej jako „RODO”, informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych dziecka zawartych w niniejszym formularzu jest Polski Związek Sportu Niepełnosprawnych „Start” z siedzibą w Warszawie (00-216) przy ul. Konwiktorskiej 9 lok. 2, tel.: (22) 659 30 11, fax (22) 822 02 23, e-mail: biuro@pzsnstart.eu.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pisząc na adres e-mail: iod@pzsnstart.eu.
3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych oraz danych dziecka odbędzie się w celu wzięcia udziału w rekrutacji do Projektu „Aktywność - START” (realizowanym w latach 2023-2026), a po pozytywnym rozpatrzeniu Pani/Pana zgłoszenia w celu uczestnictwa w Projekcie.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych zwykłych oraz danych dziecka zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym jest prawnie uzasadniony interes Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) polegający kolejno na przeprowadzeniu rekrutacji do Projektu, a później na jego realizacji oraz rozliczeniu.
5. Szczególne kategorie danych osobowych dziecka obejmujące informacje na temat stanu zdrowia znajdujące się w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności, orzeczeniu o niepełnosprawności lub orzeczeniu równoważnym będą przetwarzane na podstawie Pani/Pana wyraźnej zgody (art. 9 ust. 2 lit a RODO).
6. Ma Pan/i prawo do wycofania zgody w każdym czasie, co nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Informujemy jednak, że bez powyższej zgody na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych udział dziecka w Projekcie będzie niemożliwy.
7. Jeśli dziecko zakwalifikuje się do udziału w Projekcie, a Pan/Pani wyrazi na to zgodę, Administrator będzie przetwarzał wizerunek dziecka utrwalony w postaci zdjęć i nagrań z zajęć podczas obozów i/lub weekendów sportowych w celach promocyjnych i wizerunkowych związanych z promocją oraz krzewieniem idei sportu wśród osób niepełnosprawnych oraz promocją i zdawaniem relacji z Projektu. Zdjęcia i nagrania z przeprowadzanych zajęć będą publikowane na stronie internetowej [www.pzsnstart.eu](http://www.pzsnstart.eu) oraz na fanpage’u Administratora na portalu społecznościowym Facebook na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
8. Wyrażenie zgody na przetwarzanie wizerunku jest dobrowolne i nie ma wpływu na zakwalifikowanie się kandydata do udziału w projekcie.
9. Zgoda na przetwarzanie wizerunku może być wycofana w każdym czasie, co nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
10. Pani/Pana dane osobowe oraz dane dziecka będą przechowywane przez czas trwania Projektu a w przypadku zakwalifikowania się do Projektu przez okres 5 lat licząc od końca roku, w którym Projekt się zakończył, z zastrzeżeniem, że dane przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody będą przetwarzane do czasu wycofania Pani/Pana zgody (w przypadku danych o stanie zdrowia – nie dłużej nić 5 lat).
11. Pani/Pana dane osobowe oraz dane dziecka zostaną przekazane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za pomocą Systemu Elektronicznych Godzin Wsparcia administrowanego przez PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji Projektu.
12. Pani/Pana dane osobowe oraz dane dziecka zostaną przekazane do Ministerstwa Sportu i Turystyki w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji Projektu jeśli obóz, w którym weźmie udział Pani/Pana dziecko/podopieczny będzie dofinansowywany ze środków Ministerstwa Sportu i Turystyki.
13. Innymi odbiorcami Pani/Pana danych osobowych oraz danych dziecka mogą być podmioty świadczące dla Administratora usługi informatyczne (hosting skrzynek mailowych), prawne, doradcze, ubezpieczeniowe na podstawie stosownych umów oraz podmioty upoważnione do otrzymania Pani/Pana danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
14. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
* dostępu do treści swoich danych i danych dziecka, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
* wniesienia sprzeciwu w przypadku przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora;
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących lub danych dziecka narusza przepisy RODO.
1. W celu realizacji swoich praw prosimy o kontakt z Administratorem lub Inspektorem Ochrony Danych przy wykorzystaniu danych kontaktowych podanych w pkt. 1 i 2 powyżej.
2. Podanie Pani/Pana danych osobowych i danych dziecka jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie będzie możliwa rekrutacja oraz sam udział w Projekcie.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu oraz nie będą przekazywane do krajów trzecich.

**OŚWIADCZENIA**

|  |
| --- |
| **1. Oświadczam, że jestem / nie jestem\* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych.**Jeśli nie – konieczne dane do opiekuna prawnego: |
| *Imię i nazwisko* |  |
| *Dane kontaktowe* |  |
| **2. Oświadczam,** że informacje podane przeze mnie w niniejszym kwestionariuszu, są zgodne z prawdą. |
| 3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywność - START” (realizowanym w latach 2023-2026), a moje dziecko/podopieczny spełnia warunki uczestnictwa w projekcie. |
| **4. Oświadczam** także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: „Aktywność - START” (realizowanym w latach 2023-2026)jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. |
| **5. Oświadczam,** że moje dziecko/podopieczny **nie** bierze równolegle udziału w innym projekcie, w tym samym zakresie wsparcia, realizowanym w tym samym okresie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych czy też Polski Związek Sportu Niepełnosprawnych „START”. |

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………………………..* | *…………………………………………………………………* |
| *Miejscowość i Data* | *podpis osoby składającej kwestionariusz,**tj. Rodzica/Opiekuna prawnego* |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Deklaruję chęć udziału mojego dziecka/podopiecznego w Projekcie pn. „Aktywność - START” (realizowanym w latach 2023-2026) i zobowiązuję się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania.

Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mojego dziecka/podopiecznego formach wsparcia w ramach Projektu i potwierdzania uczestnictwa na listach obecności. Ponadto, w przypadku choroby zobowiązuję się usprawiedliwić nieobecność mojego dziecka/podopiecznego.

Zobowiązuję się również udzielać niezbędnych informacji o osiąganych rezultatach przez moje dziecko/podopiecznego na każdym etapie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.

Oświadczam, że:

* podane przeze mnie dane mojego dziecka/podopiecznego są zgodne z prawdą,
* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
* zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
* zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Projektu „Aktywność - START” (realizowanym w latach 2023-2026) ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
* moje dziecko/podopieczny nie korzysta z takich samych form wsparcia w ramach innych równocześnie realizowanych ze środków PFRON projektów, w których realizacja formy wsparcia, prowadzi do osiągnięcia takich samych efektów.

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………………...* | *…………………………………………………………………* |
| *Miejscowość i Data* | *podpis osoby składającej kwestionariusz,**tj. Rodzica/Opiekuna prawnego* |

|  |
| --- |
| **KARTA REKRUTACYJNA DO PROJEKTU****(WYPEŁNIA PRACOWNIK PZSN START)** |
| **„Aktywność - START” (realizowanym w latach 2023-2026)**Finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych |
| **Załączono:**- orzeczenie o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności |
| zaświadcza się, że Pani/Pan\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| spełnia/~~nie spełnia~~\* warunki/~~ów~~ uczestnictwa w Projekcie. |
| **Decyzja o przyjęciu do projektu** |
| **POZYTYWNA\*** | ~~NEGATYWNA~~\* |
| Uzasadnienie: | Kandydat/ka dostarczył wymagane dokumenty i spełnia wszystkie warunki uczestnictwa w Projekcie. |
| *WARSZAWA, DNIA ……………………………..**Miejscowość i Data* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**PODPIS OSOBY REKRUTUJĄCEJ**(w imieniu PZSN Start)* |
| *(Obóz sportowy/Weekend sportowy) będzie realizowany na terenie obiektu* *…………………………………………………………………………………………………**…………………………………………………………………………………………………..**(proszę wpisać dokładną nazwę obiektu oraz pełen adres)**w terminie ………………………………………………*(WYPEŁNIA PRACOWNIK PZSN START) |

**Zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia**

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Polski Związek Sportu Niepełnosprawnych „START” danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego obejmujących szczególne kategorie danych tj. **informacje na temat mojego stanu zdrowia znajdujące się w orzeczeniu o niepełnosprawności w celu udziału w Projekcie „Aktywność - START” (realizowanym w latach 2023-2026) w tym udostępnienia tych danych podmiotom dofinansowującym i kontrolującym Projekt (PFRON lub Ministerstwo Sportu i Turystyki).** Mam świadomość, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie. co nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………* | *…………………………………………………………………* |
| *Miejscowość i data* | *podpis osoby składającej kwestionariusz,**tj. Rodzica/Opiekuna prawnego* |

**Zgoda na przetwarzanie i rozpowszechnianie wizerunku**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie (w tym rozpowszechnianie) przez Polski Związek Sportu Niepełnosprawnych „START” wizerunku mojego dziecka/podopiecznego utrwalonego podczas udziału dziecka/podopiecznego w zajęciach realizowanych w ramach **Projektu „Aktywność - START” (realizowanym w latach 2023-2026)**. Rozpowszechnianie wizerunku obejmuje publikowanie zdjęć i nagrań z zajęć na stronie internetowej PZSN „Start” oraz fanpage’u PZSN „Start” na portalu społecznościowym Facebook w celach promocyjnych i wizerunkowych związanych z promocją oraz krzewieniem idei sportu osób niepełnosprawnych. Mam świadomość, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………………..* | *…………………………………………………………………* |
| *Miejscowość i data* | *podpis osoby składającej kwestionariusz,**tj. Rodzica/Opiekuna prawnego* |