Deklaracje należy składać w sekretariacie Ogniska Pracy Pozaszkolnej w Andrychowie w dniach od 13 do 24 maja 2019r.

**Załącznik nr 1**

**DEKLARACJA KONTYNUACJI UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH**

**Ogniska Pracy Pozaszkolnej w Andrychowie w roku szkolnym 2019/20209**

1. Imię, nazwisko uczestnika……………………………………………………………………………….….………......................................

2. Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………………...………… klasa …………………………….

3.Adres zamieszkania uczestnika zajęć ……………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

4. Numer PESEL uczestnika

W przypadku braku numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ………………………………….…..…………………………...........................................................

**DEKLARUJĘ KONTYNUACJĘ UCZESTNICTWA W NASTĘPUJĄCYCH FORMACH ZAJĘĆ :**

|  |
| --- |
| **NAZWA FORMY** |
|  |
|  |
|  |

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych uczestnika …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

5. Adres miejsca zamieszkania:

1. Rodziców/opiekunów prawnych i uczestnika niepełnoletniego .………………………………………………………….…………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. uczestnika pełnoletniego …………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Adres poczty elektronicznej i numery telefonów:

1. rodziców/opiekunów prawnych uczestnika niepełnoletniego ………………………..……………………………………………..…

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

1. uczestnika pełnoletniego ………………………………………………………………………………………………………………………..………..

Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszym wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Andrychów, dnia …………..……………… ………………………………………………….…………………………………………………..

 Podpis rodzica/opiekuna uczestnika /pełnoletniego uczestnika

Oświadczenia:

Oświadczam, że stan zdrowie uczestnika pozwala na udział w zajęciach.

*Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka z zajęć w roku szkolnym 2019/2020\*(dotyczy uczestnika niepełnoletniego).*

*Zobowiązuję się do odbioru mojego dziecka z zajęć w roku szkolnym 2019/2020\* (dotyczy uczestnika niepełnoletniego).*

*Na podstawie Statutu Ogniska Pracy Pozaszkolnej w Andrychowie, § 24, w przypadku długotrwałej nieusprawiedliwionej nieobecności na zajęciach (5 nieobecności pod rząd)wychowanek zostaje skreślony z listy uczestników placówki.*

Zobowiązuje się powiadomić placówkę o wszelkich zmianach dotyczących danych osobowych.

Andrychów, dnia …………..……………… ………………………………………………..…………………………………………………..

 Podpis rodzica/opiekuna uczestnika/pełnoletniego uczestnika

Oświadczam, że została mi przedstawiona i zapoznałem(łam) się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez Ognisko Pracy Pozaszkolnej w Andrychowie oraz o tym, iż zostałem(łam) poinformowany(na) iż stosowane informacje są dostępne na stronie internetowej OPP Andrychów (www.ognisko.andrychow.eu) oraz na tablicy ogłoszeń wewnątrz budynku.

Andrychów, dnia …………..……………… ………………………………………………..…………………………………………………..

 Podpis rodzica/opiekuna uczestnika/pełnoletniego uczestnika

*\*niepotrzebne skreślić*