|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Přihláška na Adaptační týden pro žáky I. a II. stupně ZŠ na Poličsku** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Adaptační týden je týdenní letní prázdninová aktivita od pondělí 19.8. do pátku 23.8. 2024 vždy od 8:00 do 16:00. Kapacita je cca 8 účastníků za účasti 2 vedoucích. Adaptační týden je bezplatný. V dopoledních hodinách budou probíhat zábavné vzdělávací aktivity, odpoledne bude naplněno volnočasovými aktivitami – hry, sport, turistika, koupání apod.  Realizátoři zajistí účastníkům zdarma oběd. Další stravování (svačiny a pití) si účastníci přinesou z domova.  Celou aktivitu odborně zaštítí Středisko výchovné péče Alfa Polička.  Přínosem adaptačního týdne je opětovné obnovení navykání si na školní docházku, opakovaní učiva a především socializace žáků.  Realizátorem celé aktivity je: | | | | | |
| MAS POLIČSKO z.s.  Sulkovská 340, 569 92 Bystré  Kontakt: Leona Šudomová  e-mail: [sekretariat@maspolicsko.cz](mailto:sekretariat@maspolicsko.cz)  tel.: 773 983 764 | | Středisko výchovné péče Alfa  Čsl. Armády 485, Polička  Kontakt: Mgr. Jiřina Zehnalová ,  tel.: +420 774 370 841 email: [jirina.zehnalova@svpalfa.cz](mailto:jirina.zehnalova@svpalfa.cz) | | | |
| Místo konání : | | Středisko výchovné péče Alfa, denní stacionář Polička, Čsl. Armády 485, Polička  budova SOU/SOŠ Polička | | | |
| Termíny: | | Pondělí 19.8.2024, 8:00 – 16:00  Úterý 20.8.2024, 8:00 – 16:00  Středa 21.8.2024, 8:00 – 16:00  Čtvrtek 22.8.2024, 8:00 – 16:00  Pátek 23.8.2024, 8:00 – 16:00 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno žáka: |  |
| Datum narození žáka: |  |
| Adresa bydliště: |  |
| Kontakt na žáka: |  |
| telefon: |  |
| e-mail: |  |
| Jméno zákon. zástupce žáka: |  |
| Kontakt na zákon. zástupce žáka: |  |
| telefon: |  |
| e-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Název a adresa ZŠ, kterou žák navštěvuje: |  |
| Jméno a kontakt na pediatra žáka: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Alergie, léky, omezení ve sportu, fóbie žáka : | |
|  | |
| Kdo bude dítě vyzvedávat nebo bude docházet samostatně: | |
|  | |
| Kontakty na vedoucí: | |
|  | Alena Chlebounová, tel.: 739 741 775 |
| Marie Chválová, tel.: +420 605 344 369 |
| e-mail: [klub.dva2@gmail.com](mailto:klub.dva2@gmail.com) |
|  | Vojtěch Klusoň, tel.: +420 736 709 199 |
| Jan Novotný, tel.: +420 721 398 081 |
| e-mail: [klub.jedna@gmail.com](mailto:klub.jedna@gmail.com) |
| Kontakt na garanta Adaptačního týdne: | |
| Mgr. Jiřina Zehnalová , tel.: +420 774 370 841 email: [jirina.zehnalova@svpalfa.cz](mailto:jirina.zehnalova@svpalfa.cz) | |
| **PROHLÁŠENÍ ŽÁKA A JEHO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE** | |
| Souhlasím s účastí dítěte na adaptačním týdnu a prohlašuji, že beru na vědomí Vnitřní řád SVP Alfa, bezpečnostní předpisy, kde se aktivita koná. Jsem seznámen s charakterem adaptačního týdne. Každý přihlášený účastník je povinen dbát pokynů vedoucího. Za bezpečnost přihlášeného zodpovídá MAS POLIČSKO z.s. pouze po dobu trvání zájmového útvaru. V případě potřeby akceptuji nezbytné organizační změny. Souhlasím s tím, že pořízené fotografie mohou být zveřejněny a použity pro vlastní propagaci. S údaji poskytnutými v přihlášce je nakládáno podle zákona o ochraně osobních dat. Beru na vědomí, že organizace neručí za odložené věci. | |
| V případě, že se moje přihlášené dítě nebude moci adaptačního týdne zúčastnit, jsem jako zákonný zástupce povinen jeho účast předem telefonicky či osobně omluvit, a to na některém z výše uvedených kontaktů. | |
| Jako účastník adaptačního týdne (žák) se zavazuji, že se budu chovat bezpečně - nebudu přinášet nebezpečné předměty, návykové a psychomodulační látky apod. Zavazuji se k dodržování Vnitřního řádu SVP ALFA a bezpečnostních předpisů SVP ALFA, kde se adaptační týden koná. | |
| Pokud dojde ze strany žáka k porušení Vnitřního řádu a bezpečnostních předpisů SVP ALFA, denní stacionář Polička, bude tento žák z aktivity vyloučen. Vedoucí o tomto informuje zákonného zástupce. | |

|  |
| --- |
| **Propagační aktivity - foto/video** |
| Účel zpracování: Pořizování fotografií a videonahrávek z činností v zájmovém vzdělávání, publikace na internetových stránkách, případně tištěných materiálech. Rozsah osobních údajů: fotografie, video nahrávky Doba zpracování: 3 roky od data přihlášení do zájmového vzdělávání **Souhlasím se zpracováním osobních údajů za tímto účelem.** |

|  |
| --- |
| **Souhlas se zpracováním osobních údajů:** |
| Nezbytné údaje pro činnost Účel zpracování: Informace nutné k adekvátnímu zajištění péče o účastníky zájmového vzdělávání Rozsah osobních údajů: datum narození, věk, jméno a příjmení, adresa, telefon, mobilní telefon, emailová adresa, zdravotní znevýhodnění, zdravotní pojišťovna, jméno a příjmení zákonného zástupce, telefon zákonného zástupce, adresa zákonného zástupce Doba zpracování: 2 roky od data přihlášení do zájmového vzdělávání Právní důvod: Plnění smlouvy |
| Potvrzuji, že udělením souhlasu výše vyjadřuji své svobodné, konkrétní a jednoznačné svolení ke zpracování osobních údajů účastníka a že jsem byl Správcem řádně informován o všech okolnostech zpracování osobních údajů a těmto okolnostem rozumím.Osobní údaje jsou zpracovávány na základě Vašeho souhlasu uděleného v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a můžete ho kdykoliv odvolat.V případě, že uplyne doba zpracování osobních údajů stanovená výše nebo bude odvolán tento souhlas, Správce provede výmaz osobních údajů, ledaže by měl povinnost údaje dále zpracovávat dle zvláštních právních předpisů nebo oprávněný zájem na jejich zpracování (například pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků Správce). Správce po ukončení smluvního vztahu rozsah Vašich osobních údajů, které zpracovává, vyhodnocuje a omezí na nezbytně nutnou míru s ohledem na legitimní účely jejich zpracování. |

V ……………………………...dne…………………………… …………………………………………………….

Podpis zákonného zástupce

…………………………………………………….

Podpis žáka

Příloha: Kopie kartičky zdravotní pojišťovny, u které je dítě pojištěno

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte