

**ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO
NA UDZIAŁ DZIECKA W WYSTAWIE**

1. Dane organizatora

Organizator: Gdańskie Centrum Sztuki Współczesnej

Adres: ul. Jaskółcza 1, 80-767 Gdańsk

Telefon / e-mail: edukacja@gcsw.pl

2. Dane dziecka

- Imię i nazwisko dziecka:
- Data urodzenia:
- PESEL (opcjonalnie):
- Adres zamieszkania dziecka:

3. Dane rodzica / opiekuna prawnego

Ja, niżej podpisany/a:

- Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:
- Stopień pokrewieństwa / tytuł prawny (matka, ojciec, opiekun prawny):
- Telefon kontaktowy (w czasie obecności dziecka na wystawie):
- Alternatywny numer kontaktowy:
- Adres e-mail:

Oświadczam, że jestem rodzicem / opiekunem prawnym wyżej wskazanego dziecka.

4. Zgoda na udział dziecka w Wystawie

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wystawie *Modele wspólnoty* organizowanej przez **Gdańskie Centrum Sztuki Współczesnej**:

w dniu..... w godzinach:

5. Wyżywienie i informacje o zdrowiu / alergiach

1. Zostałem/am poinformowany/a, że dziecku zapewniona jest woda w trakcie obecności na wystawie.
2. Zobowiązuję się poinformować Organizatora o wszystkich istotnych kwestiach dotyczących zdrowia dziecka.

Informacje o zdrowiu / alergiach (uzupełnia rodzic):

- Czy dziecko przyjmuje na stałe leki, mające wpływ na udział dziecka w Wystawie?
 - tak / nie (niepotrzebne skreślić)
 - Jeśli tak, jakie:

- Inne istotne informacje dotyczące zdrowia / funkcjonowania dziecka (np. choroby przewlekłe, ograniczenia w aktywności fizycznej):

.....

Oświadczam, że przekazane informacje są **prawdziwe i aktualne**, a wszelkie zmiany zobowiązuję się niezwłocznie zgłosić organizatorowi.

6. Osoby upoważnione do odbioru dziecka

Upoważniam następujące osoby do odbioru dziecka (poza mną):

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa / relacja:

Telefon:

Oświadczam, że dziecko **nie może być wydawane osobom innym niż wyżej wskazane**, chyba że uprzednio poinformuję organizatora o zmianie (np. pisemnie lub telefonicznie, zgodnie z zasadami organizatora).

7. Zgoda na podstawową pomoc medyczną / kontakt z lekarzem

Wyrażam zgodę na to, aby w sytuacjach nagłych (np. urazy, nagłe pogorszenie samopoczucia dziecka):

- opiekunowie udzielili dziecku **podstawowej pierwszej pomocy**,
- organizator **skontaktował się ze mną** oraz, w razie potrzeby, **wezwał pogotowie ratunkowe / lekarza** lub udał się z dzieckiem do najbliższej placówki medycznej.

Mam świadomość, że powyższe działania podejmowane są w **interesie zdrowia i bezpieczeństwa dziecka**.

9. Zgoda na utrwalanie i publikację wizerunku dziecka

Mając na uwadze **poszanowanie godności dziecka, jego dobra i prywatności**, wyrażam zgodę na:

1. **Utrwalanie wizerunku dziecka** podczas obecności na wystawie (fotografie, nagrania wideo, materiały audio), w tym także w trakcie wypowiedzi dziecka w formie rozmów / wywiadów związanych z programem zajęć.
2. **Opracowanie i montaż** tych materiałów zgodnie z wizją organizatora, z zachowaniem standardów ochrony małoletnich.
3. **Publikację wizerunku dziecka i jego wypowiedzi**:
 - na stronach internetowych organizatora,
 - w mediach społecznościowych organizatora,
 - w materiałach informacyjnych, promocyjnych lub edukacyjnych dotyczących Wystawy.

Oświadczam, że z tytułu utrwalania i publikacji wizerunku dziecka **nie przysługuje mi ani dziecku wynagrodzenie**, a zgoda jest udzielona **świadomie i dobrowolnie**.

10. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz dziecka przez **Gdańskie Centrum Sztuki Współczesnej** w celu:

- organizacji i realizacji Wystawy
- zapewnienia opieki nad dzieckiem,
- kontaktu ze mną w sprawach dotyczących dziecka,
- realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych, w tym prawie dostępu do danych, ich sprostowania oraz, w przypadkach przewidzianych prawem, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

11. Oświadczenie końcowe

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi Wystawy,
- zgoda jest udzielona **świadomie i dobrowolnie**,
- wszystkie podane przeze mnie dane oraz informacje o zdrowiu dziecka są **prawdziwe**.

Miejscowość, data:

Podpis rodzica / opiekuna prawnego:

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego: