

FORMULARZ REKRUTACYJNY do udziału w warsztatach w ramach projektu pn.:
„Ogród Spokoju – terapeutyczna przestrzeń dla pokoleń”

IMIĘ	
NAZWISKO	
IMIĘ I NAZWISKO RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO	
NR TELEFONU RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO	

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w warsztatach organizowanych przez Stowarzyszenie Pomóż Sobie Pomagając Innym w ramach projektu pn.: „Ogród Spokoju” – terapeutyczna przestrzeń dla pokoleń, tj. (zaznaczyć właściwe):

- ☐ Moc roślin i wspomnień - komponujemy herbatki ziołowe, które odbędą się dnia 29.06.2026 r. na terenie Domu Pomocy Społecznej im. św. Anny w Kamieniu Krajeńskim, ul. Podgórna 2, w godz. 10:00 – 12:00;
- ☐ Mój wewnętrzny ogród - tworzymy kolaż, które odbędą się dnia 15.07.2026 r. na terenie Domu Pomocy Społecznej im. św. Anny w Kamieniu Krajeńskim, ul. Podgórna 2 w godz. 10:00 – 12:00;
- ☐ Bliżej natury – przygotowujemy mini zielnik, zajęcia wyjazdowe, które odbędą się dnia 28.07.2026 r. Zbiórka na terenie Domu Pomocy Społecznej im. św. Anny w Kamieniu Krajeńskim, ul. Podgórna 2 o godz. 9:00, powrót w godz. 12:30-13:00;
- ☐ Odtwarzamy stary sad - które odbędą się dnia 11.09.2026 r. na terenie Domu Pomocy Społecznej im. św. Anny w Kamieniu Krajeńskim, ul. Podgórna 2, w godz. 10:00 – 12:00.

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na wzięcie udziału mojego dziecka w warsztatach oraz przetwarzanie przez organizatorów jego danych osobowych w zakresie niezbędnym dla przeprowadzenia zajęć (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (tj. Dz. U. Z 2019 r., poz. 1781 z późn. zm.).

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

Klauzula zgody na wykorzystanie wizerunku dla celów programu „Działaj Lokalnie”

Informacja wprowadzająca

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce z siedzibą w Warszawie (00-590), Marszałkowska 6/6 oraz Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania Ziemi Czulchowskiej z siedzibą w Debrznie (77-310), ul. Ogrodowa 26, (dalej jako: „Administratorzy”)

Wyrażenie poniższych zgód jest dobrowolne. Przysługuje Pani/Panu prawo ich wycofania w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratorów mojego wizerunku i jego nieodpłatne rozpowszechnianie w celach reklamowych, marketingowych i promocyjnych związanych z prowadzoną przez Administratorów działalnością, w szczególności jego udostępnienie na stronie internetowej Administratorów oraz w materiałach promocyjnych i ofertach przygotowywanych przez Administratorów. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce i Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania Ziemi Czulchowskiej działalnością i celami programu „Działaj Lokalnie”.

x TAK – dla ODL

x TAK – dla Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce

.....
Imię i nazwisko

.....
data i podpis