**REGULAMIN ZAJĘĆ „Wakacyjne warsztaty kaligrafii - podstawy”**

**organizowanych przez MIEJSKĄ BIBLIOTEKĘ PUBLICZNĄ w Lesznie**

I. ORGANIZACJA ZAJĘĆ

1. Niniejszy regulamin określa warunki uczestnictwa w zajęciach „Wakacyjne warsztaty kaligrafii - podstawy ” organizowanych przez Miejską Bibliotekę Publiczną z siedzibą: 64—100 Leszno, ul. Bolesława Chrobrego 3, tel. 65 520 53 55.

2. W związku z epidemią COViD-19 w budynku Biblioteki Ratuszowej obowiązuje reżim sanitarny.

3. Podczas zajęć nie będzie możliwości wychodzenia poza budynek, w którym odbywają się zajęcia.

4. Ilość miejsc jest ograniczona do 10 uczestników, w wieku od 10 do 12 lat, podczas każdych zajęć.

5. Zajęcia odbywają się według ustalonego harmonogramu (środa 21 lipiec godzina 12.00 – 12.45 oraz środa 28 lipiec godzina 12.00 - 12.45).

6. Rodzice/ opiekunowie prawni udzielający pozwolenia na samodzielny powrót uczestnika do domu, zobowiązani są przedłożyć na to pisemną zgodę.

7. Warunkiem uczestnictwa dziecka w zajęciach jest zapoznanie się i dostarczenie przez rodziców/opiekunów prawnych wszystkich wymaganych dokumentów, zamieszczonych na stronie www.mbpleszno.pl lub pobranych w Bibliotece Ratuszowej:

— regulamin zajęć „Wakacyjne warsztaty kaligrafii - podstawy ”

— oświadczenie rodziców/opiekunów prawnych uczestnika zajęć

— zgoda na przetwarzanie danych osobowych w związku z przeciwdziałaniem oraz walką z wirusem COVID-19

— zgoda na przetwarzanie danych osobowych i zgoda na wykorzystanie wizerunku

— opcjonalnie - zgoda na samodzielny powrót dziecka do domu

II. WYTYCZNE SANITARNE.

1. Na zajęcia przyjmowane są tylko dzieci zdrowe, bez objawów obecności SARS CoV-2\* w organizmie.

2. W przypadku pojawienia się niepokojących objawów chorobowych u dziecka i podejrzenia o zakażenie SARS CoV-2\* rodzice /opiekunowie prawni, zobowiązani są niezwłocznie, tj. w ciągu 1 godziny od powiadomienia, odebrać je.

3. Przed zajęciami, rodzice/opiekunowie prawni mają obowiązek dostarczyć ORGANIZATOROWI OŚWIADCZENIE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH UCZESTNIKA ZAJĘĆ. W przypadku nie złożenia oświadczenia dziecko nie zostanie przyjęte na zajęcia.

4. Uczestnicy zajęć muszą być wyposażeni przez rodziców / opiekunów prawnych w maseczki.

5. Pomieszczenie i sprzęty, z których korzystają uczestnicy będą każdorazowo po zajęciach skrupulatnie czyszczone i dezynfekowane.

6.W przypadku stwierdzenia u UCZESTNIKA zajęć zakażenia wirusem SARS CoV-2\* lub nałożenia kwarantanny na któregoś z domowników następuje zakaz przyprowadzania dziecka na zajęcia; rodzice/opiekunowie prawni zobowiązani są do bezzwłocznego poinformowania o tym fakcie ORGANIZATORA.

\* Jako objawy infekcji rozumie się np.: gorączka – powyżej 37,2°C, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku lub węchu i inne nietypowe, niepokojące zachowania dziecka.

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH UCZESTNIKA  
ZAJĘĆ „Wakacyjne warsztaty kaligrafii - podstawy”**

1. Oświadczam, że jestem świadomy, że przyprowadzenie córki/syna/podopiecznego:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

/imię i nazwisko uczestnika zajęć/

Na zajęcia jest równoważne z tym, że dziecko nie miało(a) kontaktu z osobą zakażoną wirusem SARS CoV-2 oraz nikt z członków najbliższej rodziny i otoczenia nie przebywa na kwarantannie oraz nie przejawia widocznych oznak choroby COVID-19.

2. Jednocześnie jestem świadomy, że przyprowadzenie dziecka na zajęcia jest równoznaczne z moją deklaracją, że stan zdrowia dziecka jest dobry, nie przejawia ono/on żadnych oznak chorobowych przypisywanych objawom choroby COVID-19\*.

3. Oświadczam, iż jestem świadoma/y pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka na zajęcia organizowane przez Miejską Bibliotekę Publiczną im. Stanisława Grochowiaka w Lesznie pod nazwą „Wakacyjne warsztaty kaligrafii – podstawy” w aktualnej sytuacji epidemicznej.

4. Oświadczam, iż jestem/em świadomy/y o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i mojej rodziny, tj: — mimo wprowadzonych w Miejską Bibliotekę Publiczną w Lesznie obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID-19; — w przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę; — — w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u dziecka, zostanie ono natychmiast umieszczone w przygotowanym wcześniej izolatorium, wyposażonym w niezbędne środki ochrony osobistej, niezwłocznie powiadomiony zostanie też rodzic/opiekun prawny dziecka oraz stosowne służby i organy; zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania dziecka z placówki (max. 1 godz.) w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu dziecka w placówce.

5. Przyjmuję do wiadomości i akceptuje, że w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka, dziecko nie zostanie dopuszczone do udziału w zajęciach.

6. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora MBP poprzez kontakt telefoniczny o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa SARS CoV-2 w najbliższym otoczeniu dziecka, tj. gdy ktoś z otoczenia zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na COVID-19.

7. Zobowiązuję się przyprowadzać do miejsca zajęć tylko i wyłącznie zdrowe dziecko, bez oznak chorobowych przypisywanych zakażeniu COVID -19\*.

8. Oświadczam, że mam świadomość, że przyprowadzenie na zajęcia dziecka chorego lub z objawami COVID-19 lub mającego kontakt z osobą zakażoną wirusem SARS CoV-2 lub osobą objętą kwarantanną, a także niepoinformowanie stosownie do pkt 6 może rodzić po mojej stronie odpowiedzialność prawną.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego uczestnika zajęć

\*Jako objawy infekcji rozumie się np.: gorączka – powyżej 37,2°C, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku lub węchu i inne nietypowe, niepokojące zachowania dziecka

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z PRZECIWDZIAŁANIEM ORAZ WALKĄ Z WIRUSEM COVID-19**

Imię i Nazwisko Opiekuna: ……………………………………………………………………………………..\*

Imię i Nazwisko Uczestnika/Dziecka: ………………………………………………………………………\*

Telefon kontaktowy: ………………………………………………………………………………………………\*

***\**** *zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa, Ministerstwa Rozwoju oraz Głównego Inspektora Sanitarnego podanie danych osobowych jest dobrowolne mające tylko na celu w razie zaistnienia podejrzenia zakażenia ułatwienie służbom sanitarnym przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego.*

**Informujemy, że:**

1)  Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejska Biblioteka Publiczna im. Stanisława Grochowiaka z siedzibą w Lesznie przy ulicy Bolesława Chrobrego 3 zwana dalej Biblioteką; Biblioteka prowadzi operację przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,

2)  Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu uczestnictwa w zajęciach wakacyjnych oraz wykorzystania wizerunku (napodstawie przepisów prawa - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnie rozporządzenia o ochronie danych) oraz art. 81 ustawy z dnia 4 luty 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. 2018 r. poz. 1191), Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw,

3) Podanie danych jest dobrowolne, udostępnianie danych Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu w postaci imienia i nazwiska oraz numeru telefonu może mieć miejsce tylko w przypadku podejrzenia zakażenia wirusem COVID-19,

4)  Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody dowolnym momencie,

5)  Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,

6) Dane będą przechowywane przez okres wakacji letnich 2021 r., jednak nie dłużej niż 3 miesiące od daty pierwszego uczestnictwa w zajęciach, a w przypadku wizerunku, jeżeli nastąpiło jego udostępnienie na podstawie udzielonej zgody, do czasu cofnięcia zgody. Dane osobowe przetwarzane w celu przeciwdziałania, zapobieganiu i walce z COVID-19 będą przechowywane przez okres 2 tygodni od zakończenia zajęć,

7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzania danych osobowy Pani/Pana dotyczących narusza przepisy,

8) Inspektorem Ochrony Danych w Bibliotece jest pan Jarosław Bartkowiak., mail [sekretariat@mbpleszno.pl](mailto:sekretariat@mbpleszno.pl)

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z UCZESTNICTWEM**

**W ZAJĘCIACH „Wakacyjne warsztaty kaligrafii – podstawy” ORGANIZOWANYCH**

**PRZEZ MIEJSKĄ BIBLIOTEKĘ PUBLICZNĄ**

**IM. STANISŁAWA GROCHOWIAKA W LESZNIE**

1. Ja, niżej podpisany/a …………………………………………...……………………...……....,

(dane rodzica lub opiekuna prawnego)

Zamieszkały/a w…………… ,ul. ………………………………………………………………

nr tel. ……………….. niniejszym wyrażam zgodę na uczestnictwo

…………………………………………………………………………………………………..,

**(Imię i Nazwisko uczestnika zajęć)**

w zajęciach wakacyjnych w Bibliotece Ratuszowej w Lesznie

Czytelny podpis: ……………………………………………….. Data: ………………………………………

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

**ZAREJESTROWANEGO PODCZAS ZAJĘĆ** „Wakacyjne warsztaty kaligrafii – podstawy” **ORGANIZOWANYCH**

**PRZEZ MBP W BIBLIOTECE RATUSZOWEJ W LESZNIE**

1. Ja, niżej podpisany/a …………………………………………...……………………...……....,

(w przypadku osoby niepełnoletniej proszę wpisać dane rodzica lub opiekuna prawnego)

niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystywanie przez Miejską Bibliotekę Publiczną

im. Stanisława Grochowiaka w Lesznie

wizerunku………………………………………………………………………………………………..

(**Imię i Nazwisko uczestnika zajęć)**

zarejestrowanego w związku z zajęciami wakacyjnymi, organizowanymi przez MBP w Lesznie. Poprzez publikację fotografii na profilu FB oraz na stronie internetowej Miejskiej Biblioteki Publicznej im. Stanisława Grochowiaka w Lesznie, umieszczenie ich w Kronice Biblioteki, kanale youtube MBP.

Czytelny podpis: ……………………………………………. Data: …………………

**\* w przypadku osób, które nie ukończyły 18 roku życia, zgodę na przetwarzanie danych osobowych musi wyrazić rodzic lub opiekun prawny.**