

## SOGLASJE OB VKLJUČITVI V PROGRAM UČNE POMOČI ZAVODA RAST RUŠE

IME IN PRIIMEK OTROKA \_\_\_\_\_

STALNO/ZAČASNO PREBIVALIŠČE OTROKA \_\_\_\_\_

IME IN PRIIMEK STARŠA/SKRBNIKA \_\_\_\_\_

STALNO/ZAČASNO PREBIVALIŠČE STARŠA/SKRBNIKA \_\_\_\_\_

E-POŠTNI NASLOV \_\_\_\_\_ TELEFONSKA ŠTEVILKA \_\_\_\_\_

- soglašam z vključitvijo otroka ali mladostnika, ki je mlajši od 18 let, v program učne pomoči Zavoda RAST Ruše,
- soglašam s pravili izvajanja programa učne pomoči,
- soglašam, da ima izvajalec učne pomoči stik z otrokovim razrednikom in učitelji in od njih pridobiva podatke, potrebne za kvalitetno izvajanje učne pomoči,
- dajem privolitev za fotografiranje otroka,
- dajem privolitev za objavo in uporabo fotografij, ki bodo pridobljene na aktivnostih,
- odpovedujem se kakršnim koli odškodninskim zahtevkom zoper pravno osebo Zavod RAST Ruše, odgovorno osebo zavoda, zaposlene v zavodu in druge izvajalce programa.

### **Soglasje za obdelavo osebnih podatkov:**

- S PODPISOM SOGLAŠAM/ NE SOGLAŠAM, da Zavod RAST Ruše uporablja in hrani moje osebne podatke za namen izvajanja dejavnosti, storitev in obveščanja.  
Zavod RAST Ruše zagotavlja varstvo posredovanih podatkov v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov.*

*Uporabo osebnih podatkov lahko kadarkoli prekličete. Imate pravico do dostopa in popravka podatkov, izbrisa, omejitve obdelave, prenosljivosti podatkov, ugovora. Za uveljavljanje pravic v zvezi v varstvom osebnih podatkovpišite na: [info@zavod-rast.si](mailto:info@zavod-rast.si).*

### **Odhod otroka po zaključku dejavnosti:**

- DAJEM** privolitev, da otrok po zaključku dejavnosti odhaja domov sam, brez spremstva starša/skrbnika ali druge osebe,
- NE DAJEM** privolitve, da otrok po zaključku dejavnosti odhaja domov sam, brez spremstva starša/skrbnika ali druge osebe.

Datum in podpis: \_\_\_\_\_