REGULAMIN

uczestnictwa w zajęciach sekcji i kół zainteresowań w Kwileckim Centrum Kultury i Edukacji im. Floriana Mazurkiewicza oraz Biblioteka Publiczna w Kwilczu.

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Zajęcia w kołach i selekcjach Kwileckiego Centrum Kultury i Edukacji im. Floriana Mazurkiewicza (CKIEoBP) adresowane są przede wszystkim do dzieci, młodzieży, dorosłych oraz seniorów zamieszkujących na terenie gminy Kwilcz. Chętni spoza terenu gminy przyjmowani będą w miarę wolnych miejsc.
2. W zależności od charakteru i specyfiki zajęć, zajęcia prowadzone są w grupach lub indywidualnie z podziałem na odpowiednie kategorie wiekowe. Uczestnikami zajęć mogą być osoby, wyrażające chęć uczestnictwa w nich i spełniające kryteria wiekowe. W przypadku małoletnich konieczna jest zgoda rodziców.
3. Wykaz sekcji i kół zainteresowań w CKIEoBP dostępny jest na stronie [www.ckie.kwilcz.pl](http://www.ckie.kwilcz.pl), w drukowanych materiałach informacyjnych (ulotki, plakaty, itp. ), dostępnych w siedzibie CKIEoBP przy ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 19 w Kwilczu. Informacji można także zasięgnąć telefonicznie pod numerem telefonu 616 706 018.
4. Zajęcia w CKIEoBP prowadzone są nieodpłatnie i odpłatnie. Decyzję o wysokości odpłatności za zajęcia podejmuje Dyrektor CKIEoBP.

II. WARUNKI UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH

Warunkiem uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez CKIEoBP jest podpisanie deklaracji uczestnictwa (w przypadku osób niepełnoletnich deklarację podpisuje rodzic/opiekun) oraz uiszczenie opłaty za zajęcia przed rozpoczęciem zajęć.

PŁATNOŚĆ ZA ZAJĘCIA

1. Wysokość opłat za zajęcia w CKIEoBP reguluje cennik znajdujący się w biurze CKIEoBP.
2. Wniesienie opłaty za uczestnictwo w zajęciach jest jednoznaczne z akceptacją niniejszego Regulaminu.
3. Odpłatność za zajęcia określona jest w zryczałtowanej wysokości za sezon rozpoczynający się we wrześniu i kończący się w czerwcu.
4. Odpłatność za zajęcia należy uiszczać najpóźniej do 15 dnia każdego miesiąca za dany miesiąc w biurze CKIEoBP lub dokonując przelew na numer konta. Na pierwszych zajęciach każdego miesiąca należy okazać instruktorowi dowód wpłaty za zajęcia.
5. Uczestnik, który nie wniósł należnych opłat, nie może brać udziału w zajęciach.
6. Brak wpłaty za dany miesiąc traktowany jest jako rezygnacja z zajęć i powoduje skreślenie z listy.
7. Trzy kolejne, nie zgłoszone instruktorowi wcześniej nieobecności powodują skreślenie z listy uczestników bez prawa ubiegania się o zwrot opłaty wniesionej za zajęcia.
8. O zmniejszeniu lub zawieszeniu płatności decyduje Dyrektor CKIEoBP.
9. Opłata jest naliczana bez względu na nieplanowaną absencję uczestnika w ciągu miesiąca oraz odwołanych zajęć.

III. MIEJSCE ORAZ CZAS ZAJĘĆ

Miejsce i czas zajęć ustalane są na podstawie grafiku przygotowanego przez Dyrektora i instruktora prowadzącego dane zajęcia.

IV. OPRACOWANIE ZAJĘĆ

1. W szczególnych przypadkach istnieje możliwość odpracowania zajęć. Decyzję o odpracowaniu zajęć i ich termin, ustala instruktor w porozumieniu z uczestnikami.
2. Organizator zastrzega sobie prawo do zmian w grafiku zajęć o czym informuje (mailem, telefonicznie lub osobiście) osoby uczestniczące w zajęciach.
3. Minimalną liczbę uczestników zajęć grupowych ustala się na 5 osób ( z wyjątkiem zajęć indywidualnych i nauki języków obcych). W przypadku obecności na zajęciach mniejszej liczby osób, Dyrektor – po konsultacji z instruktorem może podjąć decyzję o prowadzeniu zajęć dla mniejszej liczby uczestników.
4. Uczestnik nie może odstępować opłaconych zajęć osobom trzecim.

V. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

1. Wszystkich uczestników zajęć i imprez obowiązuje bezwzględne przestrzeganie obowiązujących przepisów przeciwpożarowych, porządkowych i bezpieczeństwa.
2. W przypadku jakiegokolwiek zagrożenia, uczestnicy zajęć i imprez obowiązani są do stosowania się do poleceń CKIEoBP.
3. Uczestników zajęć obowiązuje zakaz wnoszenia bez zgody instruktora wyposażenia pracowni lub Sali poza budynek CKIEoBP. Odpowiedzialność za zniszczenia wynikające z niewłaściwego użytkowania wyposażenia pracowni lub Sali ponosi osoba nie przestrzegająca zasad ich użytkowania. W przypadku osób nieletnich są to prawni opiekunowie tej osoby.
4. Za ustalenie osoby odpowiedzialnej za powstałą szkodę odpowiada instruktor prowadzący zajęcia lub pracownik CKIEoBP.
5. Uczestnik zajęć może przebywać na terenie pracownik CKIEoBP w dniach i godzinach wyznaczonych na zajęcia.
6. CKIEoBP zastrzega sobie prawo do wykorzystania i przetwarzania danych osobowych, zdjęć i nagrań filmowych w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z działalnością statutową CKIEoBP. Uczestnicy zajęć i imprez organizowanych przez CKIEoBP wyrażają tym samym zgodę na wykorzystywanie ich danych podanych do wiadomości CKIEoBP oraz zdjęć i nagrań filmowych z ich udziałem zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 ze zm.).

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH

Nazwa zajęć ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

(w przypadku kilku sekcji proszę złożyć osobne deklaracje)

Opłata miesięczna za zajęcia ……………………………………………………………………………………………………………

Imię i Nazwisko instruktora: ……………………………………………………………………………………………………………

1. Imię i Nazwisko …………………………………………………………………………………………………………………..
2. Data urodzenia ……………………………………………………………………………………………………………………
3. Numer PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………
4. Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………….
5. Numer kontaktowy …………………………………………………………………………………………………………….
6. Adres e-mail ………………………………………………………………………………………………………………………
7. Imiona i Nazwiska rodziców ……………………………………………………………………………………………….

TAK / NIE chcę otrzymywać informacje o promocjach, imprezach, warsztatach i innych wydarzeń odbywających się w CKIEOBP.

Ja ………………………………………………………………….. wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach prowadzonych przez CKIEOBP. Oświadczam, że stan zdrowia dziecka pozwala na wzięcie udziału w zajęciach. Równocześnie informuje, iż choruje na…………………………………………………………………………./ nie dotyczy.

………………………………………………………..

czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie danych osobowych zawartych w powyższej deklaracji na potrzeby Kwileckiego Centrum Kultury i Edukacji oraz Biblioteki Publicznej w Kwilczu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowy

……………………………………………………….

czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku przez Kwileckie Centrum Kultury i Edukacji oraz Biblioteka Publiczna w Kwilczu w działach medialnych prowadzonych przez CKIEOBP. Zgoda obejmuje wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonywanych zdjęć, filmów za pośrednictwem dowolnego medium.

……………………………………………………….

czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem i w pełni go akceptuje co potwierdzam własnoręczny podpisem. Dostępny na stronie internetowej w sekcjach (regulamin sekcji oraz dodatkowo do grupy Pati Dance: regulamin Pati Dance)

………………………………………………………

czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Zarządzeniem nr. 8/2020 Kwileckiego Centrum Kultury i Edukacji im. Floriana Mazurkiewicza oraz Biblioteka Publiczna w Kwilczu.

………………………………………………………

czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Kwilcz, dnia …………………………………..

\*Nie potrzebne skreślić

Obowiązkiem uczestnika zajęć CKIEOBP jest:

- Szanować wszystkich pracowników placówki, dbać o czystość i porządek w pracowniach, szanować i chronić narzędzia, materiały, pomoce naukowe oraz godnie reprezentować placówkę.

- Wszelkie zmiany danych podane we wniosku o przyjęciu należy niezwłocznie zgłaszać w biurze CKIE.

- Ubezpieczenie spoczywa po stronie uczestnika

- Jeżeli uczestnik choruje na choroby przewlekłe prosimy o powiadomienie instruktora o tym fakcie.

Miejscowość,………………………………………….

ZGODA

Na podstawie art. 6 ust. 1 i 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, oraz art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994r. (Dz.U.2017 poz. 880 z późn. Zm.)

Ja, niżej podpisany ………………………………………………………………………………… rodzic dziecka:

……………………………………………………………………………………………………………………………………...

(imię i nazwiska dziecka)

wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku mojego dziecka w celu dopełnienia realizacji działań statutowych, promocyjnych i uczestnictwa w wydarzeniach organizowanych przez Administratora.

……………………………………………………….

(podpis)

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

**Zarządzenie dostępne na stronie internetowej: https://ckie.kwilcz.pl/zarzadzenie.html**

**Załącznik Nr 2**

**do Zarządzenia Nr 8/2020**

**Dyrektora CKIEoBP**

**z dnia 3 czerwiec 2020r.**

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA DOTYCZĄCE ŚWIADOMOŚCI RYZYKA ZAKAŻENIA PATOGENAMI PRZENOSZONYMI DROGA KROPELKOWĄ,**

**W TYM ZAKAŻENIA WIRUSEM SARS CoV-2 WYWOŁUJĄCYM COVID-19**

DANE UCZESTNIKA ZAJĘĆ

Imię i nazwisko:………………………………………………

Telefon kontaktowy:…………………………………………..

Podczas udziału w zajęciach ………………………………………………………………… Kwileckiego Centrum Kultury i Edukacji im. Floriana Mazurkiewicza oraz Biblioteka Publiczna w Kwilczu, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS CoV-2, lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową.

Jako opiekun prawny .......................................................................... rozumiem oraz w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko powikłań COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby. Rozumiem również, iż podczas zajęć może dojść do powyższego zakażenia, pomimo stosowania zalecanych środków ochronnych.

OŚWIADCZAM, że jestem świadoma/y opisanego powyżej ryzyka podczas uczestniczenia dziecka w zajęciach organizowanych przez Kwileckie Centrum Kultury i Edukacji im. Floriana Mazurkiewicza oraz Biblioteka Publiczna w Kwilczu.

ŚWIADOMIE decyduję się na skorzystanie mojego dziecka z zajęć i zrzekam się wszelkich ewentualnych roszczeń związanych z w/w zakażeniami wobec Kwileckiego Centrum Kultury i Edukacji im. Floriana Mazurkiewicza oraz Biblioteka Publiczna w Kwilczu.

OŚWIADCZAM, że w ciągu ostatnich 21 dni dziecko i jego najbliższa rodzina nie byli poddani kwarantannie oraz nie mieli styczności z osobą poddaną kwarantannie.

W przypadku zaistnienia takiej sytuacji, zobowiązuję się poinformować o tym Kwileckie Centrum Kultury i Edukacji im. Floriana Mazurkiewicza oraz Biblioteka Publiczna w Kwilczu (instruktora i sekretariat).

OŚWIADCZAM, że zapoznałem się z procedurą zachowania bezpieczeństwa i zasad funkcjonowania Kwileckiego Centrum Kultury i Edukacji im. Floriana Mazurkiewicza oraz Biblioteka Publiczna w Kwilczu w trakcie epidemii COVID-19 i zobowiązuję się do jej przestrzegania.

………………...……………………………………………………   
 miejscowość, data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

**Oświadczenie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko : |  | |
| Numer telefonu: |  | |
| Czy występują u Pana/i objawy infekcji dróg oddechowych takie jak gorączka, kaszel, katar lub duszności? | | ꙱ TAK  ꙱ NIE |
| Czy w ostatnim czasie 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie SARS CoV-2? | | ꙱ TAK  ꙱ NIE |
| Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/i w rejonach, w których utrzymuje się SARS CoV-2? | | ꙱ TAK  ꙱ NIE |
| Czy przebywa Pan/i aktualnie na kwarantannie nałożonej z powodu podejrzenia zakażenia SARS CoV-2? | | ꙱ TAK  ꙱ NIE |

W przypadku wystąpienia nowych okoliczności dotyczących powyższych pytań, w trosce o bezpieczeństwo pracowników oraz innych uczestników zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić o zaistniałych zmianach.

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej art. 233Kodeksu Karnego – oświadczam, że podanie przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

……………………………………………………..

Data / czytelny podpis

W związku z zagrożeniem zakażenia wirusem SARS CoV-2 wyrażam zgodę na badanie temperatury przy wejściu na teren jednostki na podstawie wytycznych przeciwepidemicznych Głównego Inspektora Sanitarnego

……………………………………………………..

Data / czytelny podpis