

**FORMULARZ INFORMACJI O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH DZIECKA – UCZESTNIKA  
ZAJĘĆ W CENTRUM KULTURY „DWOREK BIAŁOPRĄDNICKI” ORAZ JEGO FILIACH**

*Szanowni Rodzice i Opiekunowie,*

*w trosce o bezpieczeństwo, komfort oraz równe szanse każdego dziecka podczas zajęć, prosimy o wypełnienie poniższego formularza. Podanie tych danych jest dobrowolne, ale kluczowe dla właściwego dostosowania warunków i metod pracy przez naszych instruktorów. Dane są poufne i podlegają ochronie zgodnie z RODO.*

**I. DANE PODSTAWOWE DZIECKA I OPIEKUNA**

1. Imię i nazwisko dziecka: .....
2. Data urodzenia dziecka: .....
3. Nazwa zajęć: .....
4. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: .....
5. Numer telefonu do kontaktu (w nagłych wypadkach): .....

**I. POTRZEBY ZDROWOTNE I MEDYCZNE**

- ☐ **Alergie** (pokarmowe, kontaktowe, na pyłki – jakie?):  
.....
- ☐ **Choroby przewlekłe** (np. cukrzyca, astma, epilepsja):  
.....
- ☐ **Konieczność przyjmowania leków w czasie zajęć** (jakich?):  
.....
- ☐ **Inne ważne kwestie medyczne:**  
.....

**II. POTRZEBY W ZAKRESIE PORUSZANIA SIĘ I FIZYCZNOŚCI**

- ☐ **Trudności z poruszaniem się** (np. wózek inwalidzki, kule):  
.....
- ☐ **Szybka męczliwość, osłabienie mięśniowe:**  
.....
- ☐ **Problemy z motoryką małą** (np. trudności z wycinaniem, trzymaniem pędzla):  
.....
- ☐ **Inne ograniczenia ruchowe:**  
.....

**III. POTRZEBY ZMYŚŁOWE (SENSORYCZNE)**

- ☐ **Nadwrażliwość na bodźce** (np. głośne dźwięki, jasne światło, zapachy, dotyk):  
.....
- ☐ **Niedowrażliwość** (np. poszukiwanie silnych bodźców, nieodczuwanie bólu):  
.....
- ☐ **Wady wzroku:** .....

☐ Reakcja na dotyk/materiały:

.....

☐ **Wady słuchu** (np. aparat słuchowy, implant, konieczność mówienia wprost do dziecka):

.....

#### IV. POTRZEBY KOMUNIKACYJNE I SPOŁECZNE

☐ **Trudności w komunikacji werbalnej** (dziecko nie mówi lub mówi niewyraźnie):

.....

☐ **Trudności w relacjach z rówieśnikami** (np. lękliwość, wycofanie, impulsywność):

.....

☐ **Trudności ze skupieniem uwagi lub przetwarzaniem poleceń:**

.....

☐ **Diagnozy** (np. spektrum autyzmu, ADHD, Zespół Downa – jeśli chcą Państwo wskazać): .....

#### III. WSKAZÓWKI DLA INSTRUKTORA

##### 1. Sygnały alarmowe

*(Po czym poznać, że dziecko czuje dyskomfort, stres lub zbliża się kryzys?)*

.....

.....

##### 2. Potencjalne trudności

*(Zachowania, sytuacje lub bodźce, które mogą być dla dziecka wyzwaniem – np. hałas, nowe osoby, zmiany planu, kontakt fizyczny, praca w grupie)*

.....

.....

##### 3. Skuteczne metody wsparcia

*(Co pomaga dziecku się wyciszyć, co je motywuje lub uspokaja?)*

.....

.....

##### 4. Inne ważne informacje dla prowadzącego zajęcia

.....

.....

#### IV. OŚWIADCZENIE I ZGODA

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dotyczących jego zdrowia i szczególnych potrzeb przez Centrum Kultury Dworek Białoprądnicki wyłącznie w celu zapewnienia mu bezpieczeństwa oraz odpowiedniej opieki podczas zajęć (zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a RODO).

.....

*(Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)*