



KLUB
ŚWIADOMEJ
MŁODZIEŻY



Część I.I.

ZAŁĄCZNIKI DO INSTRUKCJI BUDOWANIA

Klubu Świadomej Młodzieży

FORMULARZE



KLUB
ŚWIADOMEJ
MŁODZIEŻY

Łódź 2021 - 2022 r.

DATA I MIASTO _____

Załącznik nr 1

Formularz zgłoszeniowy *Klub Świadomej Młodzieży*

JA, NIŻEJ PODPISANY/A _____

będący/a rodzicem/ opiekunem prawnym* _____

(imię i nazwisko Uczestnika)

wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka/ moje*, w projekcie organizatora _____
testującym innowację pt. *Klub Świadomej Młodzieży - Praktyki zwiększające dostępność dla osób w spektrum autyzmu dla Inkubatora Innowacji Społecznych Generator Dostępności* realizowanego przez Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych w partnerstwie z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Poznaniu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Uczestnictwo zakłada udział w cyklu stacjonarnych i zewnętrznych zajęciach projektowych.

podpis rodzica/opiekuna prawnego*

podpis Uczestnika projektu

JEDNOCZEŚNIE UDOSTĘPNIAM SVOJE DANE KONTAKTOWE

Imię i nazwisko: _____

tel. _____ e-mail: _____

oraz wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji zdjęciowej podczas zajęć oraz opublikowanie wizerunku (na zdjęciach grupowych) na stronie internetowej organizatora _____ oraz profilach social-media.

(imię i nazwisko Uczestnika)

miejscowość, data, podpis rodzica/ opiekuna prawnego*

* Jeżeli dotyczy / niepotrzebne skreślić

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, że Administratorem danych osobowych jest* _____
z siedzibą w _____, KRS _____, NIP _____. Wszelkie zapytania
lub żądania związane z przetwarzaniem danych osobowych prosimy kierować na adres siedziby lub elektronicznie na adres e-
mail: _____. Podane przez Panią/ Pana w niniejszym formularzu oraz za pośrednictwem
korespondencji e-mailowej dane, będą wykorzystane przez _____ tylko w celu
umożliwienia udziału w spotkaniach, a także nawiązania osobistego kontaktu w przyszłości z osobami, które wyrażą na to zgodę
(art. 6 ust. 1 RODO). Dane będą przekazywane jedynie podmiotom współpracującym z konieczności przewidzianej prawem lub
wykonywaną działalnością. Dane przetwarzamy na podstawie dobrowolnej zgody, która jest jednoznaczna z zaakceptowaniem
niniejszej informacji i uzupełnieniem formularza zgłoszeniowego. Dane nie będą przekazywane poza *Europejski Obszar
Gospodarczy*. Ich przechowywanie potrwa 5 lat od zebrania. Zgodnie z właściwymi przepisami RODO przysługuje Pani/Panu
prawo do: dostępu do danych, sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych, przenoszenia
danych. W celu realizacji Pani/ Pana uprawnień, prosimy o kontakt na adres naszej siedziby lub elektronicznie, na adres e-
mail: _____. Podanie przez Panią/ Pana danych jest niezbędne do prawidłowej realizacji
projektu. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego, którym w Polsce jest *Prezes
Urzędu Ochrony Danych Osobowych*. Podane dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą
profilowane.

Data, podpis rodzica/ opiekuna prawnego/ uczestnika

* Dane podmiotu organizującego edycję, adres e-mail

OŚWIADCZAM *, że nie jestem - ja, ani moi domownicy mieszkający pod tym samym adresem objęci kwarantanną, a każdy z
domowników jest zdrowy. Zobowiązuję się nie dopuszczać do uczestniczenia dziecka lub swojego w zajęciach, w sytuacji
pojawienia się u kogokolwiek z nas objawów infekcji dróg oddechowych takich jak: gorączka, kaszel, katar, ból gardła,
duszność, a o powodach braku uczestnictwa informować organizatora drogą telefoniczną lub e-mail. Biorę na siebie pełną
odpowiedzialność prawną za niewykonanie tego obowiązku, w szczególności za wyniki skutków niewykonania moich
zobowiązań szkody poniesione przez organizatora lub osoby trzecie. Wyrażam świadomą zgodę na uczestnictwo w zajęciach
grupowych mając na uwadze zwiększone ryzyko epidemiologiczne.

Data, podpis rodzica/ opiekuna prawnego/ uczestnika

* Dotyczy warsztatów/ zajęć w formie stacjonarnej

DATA I MIASTO _____

Załącznik nr 2

ANKIETA EWALUACYJNA OTWIERAJĄCA CYKL *Klub Świadomej Młodzieży*

Szanowni Uczestnicy!

Tę krótką ankietę ewaluacyjną kierujemy do wszystkich Was, do Waszych opiekunów/ rodziców - czyli do adresatów innowacji/ projektu mającego na celu wypracowanie nowych standardów dostępności poprzez działania samorządnicze Klubu Świadomej Młodzieży.

Ankieta jest obowiązkową formą kontroli realizacji działań, ale też ważną wytyczną dla nas wszystkich, by kolejne spotkania były bogatsze. Informacje te będą przetwarzane wyłącznie w celach ewaluacyjnych i posłużą lepszemu dostosowaniu kolejnych edycji projektu do Waszych potrzeb. Prosimy o zapoznanie się z treścią ankiety i udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania ☺

Druga strona pozostaje czystą kartą - może napiszecie lub narysujecie coś więcej - o sobie, o aktualnych emocjach, o naszych spotkaniach, o oczekiwaniach wobec działań grup samorządniczych? To nieobowiązkowa część, ale może pozostać oryginalną pamiątką po naszych pionierskich zmaganiach z przemianą samych siebie, jak i bliższej czy dalszej rzeczywistości. Enjoy!

I. Wiek i płeć (to informacje anonimowe)

→ Mam _____ lata, jestem _____

II. Pierwsze wrażenia i oczekiwania

→ Jakie ważne, miłe czy ciekawe wiadomości/ wrażenia zabieram ze sobą ze spotkania?

(co mi się przyda, co mi się podobało, czym podzielę się z innymi, co wykorzystam na co dzień, co uważam za szczególnie użyteczne, co było najlepszym elementem dnia)

→ Czy chcę się w przyszłości odnaleźć w roli samorzecznika/ self-adwokata? Jeżeli tak, to dlaczego?

(czy po spotkaniu mam ochotę rozwijać swoje pasje i komunikować o nich otoczeniu, czy chcę zostać samorzecznikiem)

III. Propozycje i pomysły

→ Gdybym był prowadzącym/ reżyserem spotkania, to następnym razem zwróciłbym/ -abym uwagę na...?

(co powinno się pojawić, o co można uzupełnić kolejne spotkania, czy miałem/ miałam z czymś problem)

DATA I MIASTO _____

Zał. nr 3

ANKIETA EWALUACYJNA ZAMYKAJĄCA CYKL *Klub Świadomej Młodzieży*

Szanowni Uczestnicy!

Drugą, ostatnią ankietę kierujemy do wszystkich Was, do Waszych opiekunów/ rodziców - czyli do adresatów innowacji/ projektu, w którym poprzez działania samorzecznicze *Klubu Świadomej Młodzieży* (skrót: *KŚM*) wypracowujemy nowe standardy dostępności dla osób w spektrum autyzmu.

Ta ankieta jest również obowiązkowa, ale jak wiecie, to niezwykle ważna wytyczna dla nas wszystkich, by kolejne inicjacje *KŚM* w innych miastach były bogatsze o wnioski z Waszych doświadczeń. Informacje te będą przetwarzane anonimowo, wyłącznie w celach ewaluacyjnych. Prosimy o zapoznanie się z treścią ankiety i udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania ☺

Druga strona niech znów będzie dla was *białą kartą* - może napiszecie lub narysujecie coś więcej o sobie, o towarzyszących Wam w całym cyklu emocjach, o naszych spotkaniach, o działaniach Waszej grupy? To nieobowiązkowa część, ale pozostanie oryginalną pamiątką po naszych pionierskich zmaganiach z przemianą samych siebie, jak i bliższej czy dalszej rzeczywistości. **Enjoy!**

I. Wiek i płeć (to informacje anonimowe)

→ Mam _____ lata, jestem _____

II. Wrażenia i nadzieje na przyszłość

→ Jakie nowe wiadomości i wrażenia zabieram ze sobą po dotychczasowych spotkaniach?

(co mi się przyda, co mi się podobało, czym chcę podzielić się moim doświadczeniem z innymi, co wykorzystam na co dzień, co uważam za szczególnie użyteczne, co było najlepszym elementem warsztatów)

→ Czy czuję się samorzecznikiem/ self-adwokatem? Czy chcę nadal kontynuować spotkania w *KŚM*?
Dlaczego?

(czy po spotkaniach mam ochotę rozwijać swoje pasje i silniej komunikować o nich otoczeniu, czy lubię być samorzecznikiem)

III. Propozycje i pomysły

→ Chciałbym/ -abym przekazać pomysłodawcą *KŚM*

(o co można uzupełnić kolejne edycje *KŚM*, czy miałem/ -am z czymś problem, co jeszcze szczególnie mi się podobało)

DATA I MIASTO _____

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO* _____

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA _____

Zał. nr 4

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Klub Świadomej Młodzieży

1. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykonywanie oraz wykorzystywanie zdjęć z wizerunkiem moim/ mojego dziecka/ mojego podopiecznego* przez _____ w celu cyklicznych działań testujących innowację pt. *Klub Świadomej Młodzieży. Praktyki zwiększające dostępność dla osób w spektrum autyzmu dla Inkubatora Innowacji Społecznych Generator Dostępności* realizowanego przez Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych w partnerstwie z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Poznaniu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.
2. Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetworzenie efektów prac moich/ mojego dziecka/ mojego podopiecznego* w celu stworzenia produktów końcowych poszczególnych etapów, co jest niezbędne do ewaluacji i wykonania projektu/ innowacji.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich/ mojego dziecka/ mojego podopiecznego* - imienia, wieku, faktu bycia w *spektrum autyzmu* - w celu opisywania/ prezentowania efektów prac (postulatów, rysunków, zdjęć, itp.) przy publikacji.
4. Wyrażam zgodę na publikację gotowych produktów (postulatów, rysunków, zdjęć, itp.) w mediach społecznościowych na profilach służących promocji projektu/ innowacji oraz w trakcie spotkań samorządniczych Klubu Świadomej Młodzieży, będącymi również jego (projektu) zakończeniem.

*niepotrzebne skreślić

Podpis _____

DATA I MIASTO _____

Zał. nr 5

LISTA OBECNOŚCI / SPOTKANIE nr _____

Klub Świadomej Młodzieży

Uczestnicy/ Rodzice/ Opiekunowie

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES E-MAIL	NR TELEFONU
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			

12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

DATA I MIASTO _____

Zał. nr 6

LISTA OBECNOŚCI / SPOTKANIE nr _____

Klub Świadomej Młodzieży

Kadra (wolontariusze, trenerzy, koordynatorzy, inni specjaliści)

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES E-MAIL	NR TELEFONU
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			

12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

DATA I MIASTO _____

ID SPOTKANIA _____

IMIĘ I NAZWISKO TRENERA/ -KI / SPECJALIZACJA _____

WOŁONTARIAT _____ KOORDYNACJA _____

Zał. nr 7

Klub Świadomej Młodzieży

FORMULARZ¹ PODSUMOWANIA SPOTKANIA nr _____

„Temat/ tytuł spotkania.”

I. Dane statystyczne

UCZESTNICY _____ osób.

W PRACACH wolontariatu oraz kontraktowych (dokumentujących, opiekuńczych, technicznych, trenerskich i innych) uczestniczyło ponadto _____ osób.

II. Omówienie spotkania/ warsztatu

III. Propozycje/ pomysły/ sugestie

IV. Wnioski/ inne

Podpis Trenera/ -ki _____

¹ Preferowana forma cyfrowa/ 2/3 strony wniosków i ewaluacji metodyki