

Szanowni Rodzice!

Serdecznie zapraszamy uczniów klas VI-VIII (12-15 lat) oraz ich rodziców do udziału w programie profilaktycznym „Zagraj z nami ” realizowanym w ramach NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA na lata 2016-2020 ze środków FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH pozostających w dyspozycji MINISTRA ZDROWIA.

Projekt „Zagraj z nami” to realizacja działań profilaktyki uniwersalnej skierowanej do dzieci i młodzieży z zakresu problematyki uzależnień behawioralnych , ze szczególnym uwzględnieniem nadużywania komputera i Internetu.

Celem głównym projektu „Zagraj z nami” jest zapobieganie uzależnieniom od komputera i Internetu wśród dzieci , poprzez podniesienie wiedzy związanej z uzależnieniami behawioralnymi wśród dzieci oraz wśród rodziców / opiekunów, kształtowanie umiejętności społecznych dzieci oraz promocja konstruktywnych form spędzania czasu. Projekt obejmuje: zajęcia edukacyjne dla dzieci , warsztaty umiejętności społecznych oraz realizację działań alternatywnych promujących konstruktywne formy spędzania czasu przez dzieci jako alternatywne do komputera i Internetu .

W programie zostały przewidziane również **warsztaty dla rodziców lub opiekunów**, dzięki którym uczestnicy będą mieli szansę **nabyć wiedzę nt. uzależnienia od Internetu, racjonalnego i bezpiecznego korzystania z Internetu przez ich dzieci, rozwoju zainteresowań i konstruktywnego spędzania czasu wolnego, a także wzmocnienia czynników chroniących** przed e-uzależnieniem .

Realizatorzy zadania to specjaliści terapii uzależnień , psychologowie z wieloletnim stażem i doświadczeniem min. w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii.

Program będzie realizowany w okresie październik – grudzień 2019r

Harmonogram zajęć zostanie przedstawiony po uzgodnieniu terminów z Dyrekcją szkoły.

Z poważaniem
Koordynator programu
Marta Szuberska

.....

(Nazwisko i imię dziecka)

.....

(Nazwisko i imię rodzica)

OŚWIADCZENIA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w programie „Zagraj z nami” realizowanego przez Fundację Rozwoju Osobistego,, Przystań ,, w okresie październik -grudzień 2019r.

TAK * NIE*

.....

(podpis rodzica/ opiekuna prawnego.)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie **podanych** danych osobowych (**imię i nazwisko dziecka , rodzica ,adres szkoły**), w ramach realizowanego programu. Administratorem Państwa danych osobowych jest **Fundacja Rozwoju Osobistego,, Przystań ,,** z siedzibą w Józefowie wpisana w KRS pod numerem 0000675792. Gromadzone dane będą używane tylko na potrzeby realizacji i sprawozdawczości projektu.

..... (podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

Deklaruje przystąpienie do zajęć przeznaczonych dla rodziców/opiekunów prawnych w ramach realizowanego programu.

TAK NIE

..... (podpis rodzica/ opiekuna prawnego)