

Załącznik Nr 2  
do Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki)

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na udział mojego dziecka/podopiecznego

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

- w zajęciach lekcyjnych z religii/etyki\* prowadzonych na terenie szkoły.

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

.....  
(data i podpis rodzica)

\* właściwe podkreślić

Załącznik Nr 3  
do Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki)

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na udział mojego dziecka/podopiecznego

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

- w wycieczkach, wyjazdach oraz zajęciach pozaszkolnych organizowanych przez szkołę, do której uczęszcza podopieczny.

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

.....  
(data i podpis rodzica)

\* właściwe podkreślić

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki)

### **OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na realizowanie wobec mojego dziecka/podopiecznego

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

- leczenia w Przychodniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz prywatnych placówkach medycznych;
- leczenia stomatologicznego w tym: w razie konieczności usunięcie zęba ze znieczuleniem;
- wizyt ginekologicznych, prowadzenie badań ginekologicznych i w razie potrzeby leczenia ginekologicznego;
- szczepienie dziecka/podopiecznego zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień;
- pobytu w oddziale szpitalnym w celu wykonania niezbędnych czynności medycznych, które są niezbędne i konieczne w celu poprawy stanu zdrowia;
- na udział w zajęciach dotyczących profilaktyki zdrowotnej, prowadzonych na terenie placówek obsługiwanych przez Zespół do obsługi Placówek Opiekuńczo – Wychowawczych Nr 2 oraz w szkole;
- podawanie leków zgodnie z zaleceniami lekarzy oraz leków doraźnych (tj. przeciwbólowych, przeciwgorączkowych, witamin, suplementów diety), kiedy zachodzi taka potrzeba;
- działań pielęgnacyjnych u dziecka przez pielęgniarkę, opiekunkę, wychowawców tj. obcinanie paznokci, sprawdzanie czystości głowy dziecka.

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

.....  
(data i podpis rodzica)

\* właściwe podkreślić

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki)

### **OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na udział mojego dziecka/podopiecznego

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

w diagnostycznych badaniach psychologicznych i pedagogicznych, konsultacjach z psychologiem, lekarzem psychiatrą/psychiatrą dzieci i młodzieży, a w razie konieczności na hospitalizację w oddziale psychiatrycznym. Wyrażam zgodę na wydanie opinii, orzeczenia psychologicznego na temat małoletniego.

Jednocześnie upoważniam pracowników placówki opiekuńczo- wychowawczej i Zespołu Nr 2 do odbioru opinii, orzeczenia, dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka/podopiecznego.

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

.....  
Nr i seria dowodu osobistego rodzica/opiekuna prawnego

\* właściwe podkreślić

Załącznik Nr 6  
do Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki)

**OŚWIADCZENIE**

W sytuacji podejrzenia spożywania środków psychoaktywnych lub alkoholu przez dziecko/podopiecznego

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

wyrażam zgodę na badanie odpowiednimi narkotestami przez pracowników zatrudnionych w Zespole do obsługi Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych Nr 2 w Warszawie oraz w jednostkach obsługiwanych.

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

.....  
(data i podpis rodzica)

.....  
(miejsowość, data)

### **OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a .....  
( imię i nazwisko pracownika składającego oświadczenie )

W związku z art. 98 ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oświadczam niniejszym, że:

- 1) nie jestem i nie byłem /am pozbawiony /a władzy rodzicielskiej oraz, że moja władza rodzicielska nie jest zawieszona ani ograniczona;
- 2) nie podlegam obowiązkowi alimentacyjnemu wynikającemu z tytułu egzekucyjnego/ wypełniam obowiązek alimentacyjny wynikający z tytułu egzekucyjnego;\*
- 3) nie byłem /am skazany/a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe (na dowód czego składam stosowne zaświadczenie o niekaralności).

Jednocześnie w przypadku zmiany stanu faktycznego w odniesieniu do któregośkolwiek z trzech wyżej opisanych oświadczeń zobowiązuję się niezwłocznie (tj. nie później niż w ciągu 14 dni od zmiany stanu faktycznego) powiadomić o tym fakcie pracodawcę.

Zostałem /am przy tym poinformowany/a, że nie spełnianie któregośkolwiek z trzech wyżej wymienionych warunków, jak również nie poinformowanie pracodawcy o zmianie stanu faktycznego w tym zakresie w określonym powyżej terminie jest podstawą do rozwiązania ze mną umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika.

.....  
( imię i nazwisko składającego oświadczenie )

\* niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 7a  
do Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem

.....  
(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

Ja,..... nr PESEL.....

Oświadczam, że nie byłam/em skazana/y za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, i przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie.

.....  
(data i podpis)

.....  
(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE O KRAJACH ZAMIESZKANIA**

Oświadczam, że w okresie ostatnich 20 lat:

- Nie zamieszkiwałem/-am w państwach innych niż Rzeczypospolita Polska i państwo obywatelstwa.
- Zamieszkiwałem/-am w następujących państwach, innych niż Rzeczypospolita Polska i państwo obywatelstwa:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

oraz przedkładam informację z rejestrów karnych tych państw, uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi<sup>1</sup>.

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> W przypadku braku możliwości pozyskania informacji z rejestrów karnych należy złożyć oświadczenie o niekaralności.



.....  
(miejsowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/-a ....., ur. ...., nr paszportu / nr dowodu osobistego ..... oświadczam, że w państwie \_\_\_\_\_ nie jest prowadzony rejestr karny / nie wydaje się informacji z rejestru karnego. Oświadczam, że nie byłem/-am prawomocnie skazany/-a w państwie ..... za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/-am się takich czynów zabronionych, oraz że nie nałożono na mnie obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy, stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.\*

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(data i podpis)

**Karta interwencji**

1. Imię i nazwisko dziecka		
2. Przyczyna interwencji		
3. Osoba zawiadamiająca o podejrzeniu krzywdzenia		
4. Opis działań podjętych przez pedagoga/psychologa/wychowawcy	Data	Działanie/opis spotkania
5. Forma podjętej interwencji (zakreślić właściwe)		- zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, - złożenie stosownego wniosku do Sądu Jakiego?  - inny rodzaj interwencji. Jaki?
6. Dane dotyczące interwencji (nazwa organu, do którego zgłoszono interwencję) i data interwencji		
7. Wyniki interwencji: działania organów wymiaru sprawiedliwości, jeśli placówka otrzymała informacje o wynikach/ działania placówki/Zespołu	Data	Działanie

do Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki)

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na fotografowanie, filmowanie wizerunku mojego dziecka/podopiecznego oraz zamieszczanie/wykorzystanie utrwalonego wizerunku

W .....

(wskazanie sposobu zamieszczenia/wykorzystania)

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

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

.....  
(data i podpis rodzica)

.....  
(data i podpis dziecka, które ukończyło 13 r.ż.)

1. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie wysyłając wiadomość e-mailową zawierającą stosowne żądanie, wraz z imieniem i nazwiskiem, na adres [iod@zpow2.pl](mailto:iod@zpow2.pl) bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
2. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu przez administratora Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

- właściwe podkreślić

Załącznik Nr 10

do Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki)

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z Polityką ochrony Dzieci przed krzywdzeniem obowiązującą w Zespole do obsługi Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych Nr 2 i w jednostkach obsługiwanych. Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów w niej zawartych.

.....  
(data i podpis pracownika/wolontariusza/praktykanta)

**MONITORING STANDARDÓW – ANKIETA**

1. Czy znasz dokument Polityka Ochrony Dzieci?

- Tak
- Nie

2. Czy zapoznałeś/łaś się z treścią tego dokumentu?

- Tak
- Nie

3. Jak oceniasz swoją znajomość tego dokumentu?

bardzo słabo	raczej słabo	przeciętnie	raczej dobrze	bardzo dobrze

4. Wymień symptomy krzywdzenia dziecka?

.....

.....

.....

.....

5. Czy znasz zasady i procedury podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu dziecka? Jeśli tak, to opisz wybraną.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Czy stosujesz w swojej pracy Politykę Ochrony Dzieci?

- Tak
- Nie
- W większości obszarów
- Tylko w niektórych obszarach

7. W jakich obszarach najczęściej doświadczasz trudności?

.....

.....

.....

8. Czy według Ciebie pozostali pracownicy w Twojej Placówce stosują się do zasad Polityki ochrony Dzieci?

- Tak
- Nie
- Nie zawsze

9. Jeśli Polityka Ochrony Dzieci nie zawsze jest stosowana w Placówce, w jakim obszarze lub obszarach najczęściej pojawiają się trudności?

.....

.....

.....

10. Jakie zagadnienia należałoby do niej włączyć? Dlaczego?

.....

.....

.....

11. Czy jakieś zagadnienia należałoby usunąć? Dlaczego?

.....

.....

.....

12. Czy jakieś zagadnienie należałoby zmienić? Dlaczego? W jaki sposób?

.....

.....

.....

13. Czy masz jakieś uwagi/poprawki do Polityki? Jakiej?

.....  
.....  
.....

---

Podpis osoby wypełniającej ankietę

## Ankieta dla wychowanków placówek opiekuńczo – wychowawczych przeznaczonych dla osób od 13 r. ż.

Ankieta jest w pełni anonimowa, ponieważ bardzo zależy nam na udzieleniu przez Ciebie odpowiedzi zgodnych z Twoimi obserwacjami i doświadczeniami.

Za stworzenie odpowiednich warunków do wypełnienia ankiety jest odpowiedzialny Psycholog Placówki, nie będzie on jednak znał udzielonych przez Ciebie odpowiedzi - jego zadaniem jest stworzenie miejsca z dostępem do komputera, abyś miała/miał możliwość wypełnienia ankiety we właściwych warunkach, służenie Ci pomocą w razie potrzeby oraz nadzór nad tym, aby ankieta została wypełniona.

Prosimy o pracę samodzielną i w pełni indywidualną. Na koniec naciśnij przycisk *prześlij*, aby przestać ankietę.

\* Wymagane

1. Jak oceniasz swoje poczucie bezpieczeństwa w Placówce, w której przebywasz?

Odpowiedź zaznacz na skali gdzie 0 oznacza całkowity brak poczucia bezpieczeństwa, a 5 najwyższy poziom poczucia bezpieczeństwa. \*

0       1       2       3       4       5

2. UWAGA!

Jeśli w poprzednim pytaniu (dotyczącym poczucia bezpieczeństwa) zaznaczyłeś 0 lub 1 napisz, co jest przyczyną tego, że tak nisko oceniasz własne poczucie bezpieczeństwa w Placówce? \*

Wprowadź odpowiedź

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Wymień, co najmniej 3 cechy pracowników Placówki (wychowawców i specjalistów), której jesteś wychowankiem/wychowanką. \*



Wprowadź odpowiedź

.....  
.....  
.....

4. Upewnij się, czy w poprzednim pytaniu wpisałaś/wpisałeś co najmniej trzy cechy pracowników Placówki, w której przebywasz. \*

Jeśli tak przejdź do kolejnego pytania, jeśli nie uzupełnij poprzednie pytanie zanim przejdziesz do kolejnego pytania.

Wprowadź odpowiedź

.....  
.....

5. Czy czujesz, że otrzymujesz od pracowników Placówki wsparcie, dzięki któremu czujesz się w niej dobrze?

Odpowiedź zaznacz na skali, gdzie 0 oznacza poczucie braku wsparcia, a 5 wysokie poczucie wsparcia. \*

0       1       2       3       4       5

6. Wymień zachowania pracowników Placówki, które są dla ciebie wspierające. \*

Wprowadź odpowiedź

.....  
.....  
.....  
.....

7. Wymień zachowania Pracowników, które nie są dla ciebie wspierające, jeśli takie występują. \*

Wprowadź odpowiedź

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. Czy jest coś, co chciałabyś/chciałbyś, aby zmieniło się w Placówce, w której jesteś, abyś czuła/czuł się w niej bardziej bezpieczna/bezpieczny lub zaopiekowana/zaopiekowany? \*

Wprowadź odpowiedź

.....

.....

.....

.....

.....

9. Czy myślisz, że jest coś, co mogłabyś/mógłbyś zrobić, aby poczuć się bezpieczniej lub lepiej w Placówce, w której jesteś? \*

Wprowadź odpowiedź

.....

.....

.....

.....

.....