

# FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT AL PĂRINTELUI/TUTORELUI

pentru participarea unui copil<sup>1</sup> la activitati organizate de  
UNICEF si partenerii sai în România

*Se va completa de părintele sau tutorele copilului participant*

Vi se solicită consimțământul pentru participarea copilului dvs la activitățile ce se vor desfășura în \_\_\_\_\_, în perioada \_\_\_\_\_.

Vă rugăm să completați acest formular și să îl trimiteți pe email sau să îl aduceți în ziua în care se desfășoară activitatea.

Dacă aveți întrebări sau vă preocupă vreun aspect, nu ezitați să contactați:

***Nume, rol și date de contact***

Vă asigurăm că toate informațiile pe care le oferiți vor fi confidențiale și nu vor fi comunicate terților, cu excepția cazului în care se convine astfel în mod explicit<sup>2</sup>.

UNICEF va proteja datele cu caracter personal și le vor folosi exclusiv în scopul acestui eveniment.

Sunteți de acord să transmiteți informațiile din acest document către UNICEF?

DA

NU

**Numele copilului participant:**

\_\_\_\_\_

## INFORMAȚII DESPRE DVS (Părinte, tutore, reprezentant legal)

Nume

Prenume

Data nașterii

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Folosim cuvântul *copii* pentru a desemna toți minorii, în conformitate cu [Convenția Națiunilor Unite cu privire la drepturile copilului](#)

<sup>2</sup> Informațiile și datele cu caracter personal culese și prelucrate sunt destinate utilizării de către UNICEF și pot fi comunicate doar partenerilor contractuali (de exemplu, agenție de turism, etc.). UNICEF și/sau partenerii contractuali vor procesa datele colectate prin intermediul formularului online exclusiv în scopurile acestui eveniment. Datele vor fi păstrate până la soluționarea tuturor aspectelor legate de eveniment, dar nu mai târziu de \_\_\_\_\_.

Relația cu copilul

Adresa de e-mail

Telefon

Numele altui adult care poate fi contactat în caz de urgență:

Telefon:

### Participare

Acordați copilului permisiunea de a participa la aceasta activitate?  DA  NU

Copilul dvs ar avea nevoie de asistență pentru a participa la aceasta activitate?  DA  NU

Copilul dvs are probleme de mobilitate sau dizabilități despre care ar trebui să fim informați pentru a îl ajuta mai bine să participe la aceasta activitate?  DA  NU

Sunteți de acord ca, dacă este necesar, personalul UNICEF în România să îl contacteze pe copilul dvs telefonic sau prin e-mail?  DA  NU

### Aspecte practice

Copilul dvs are anumite cerințe privind alimentația?  DA  NU

### Însoțitor – UNICEF

Numele complet al însoțitorului

Acordați acestei persoane permisiunea de a fi însoțitorul copilului dvs?  DA  NU

### Mass media

*Fiți informați că UNICEF va asigura protecția deplină în relația cu mass media. Cu acordul persoanelor vizate, fotografiile, filmele sau citatele pot fi folosite în diferite moduri, inclusiv publicare pe Internet, în broșuri, pe postere sau chiar la televiziune. Vom avea grijă de conținuturi și ne vom asigura că sunt folosite exclusiv pentru a contribui la dezvoltarea activităților noastre de promovare a drepturilor copilului.*

Sunteți de acord ca copilul dvs să fie fotografiat în timpul acestei activități?  DA  NU Observații suplimentare:

Sunteți de acord ca copilul dvs să fie filmat în timpul acestei activități?  DA  NU Observații suplimentare:

Sunteți de acord ca punctele de vedere și opiniile exprimate de copilul dvs în timpul acestei activități să fie filmate/citate?

- DA  
 NU

Observații suplimentare:

Acordați UNICEF și partenerilor lor permisiunea de a folosi materialele sus-menționate în care apare copilul dvs?

- DA  
 NU

Observații suplimentare:

### Informații medicale

Toate informațiile comunicate aici sunt confidențiale. Vă rugăm să ne comunicați acele informații care ar putea să fie relevante și importante pentru noi.

Copilul dvs suferă de afecțiuni sau alergii despre care ar trebui să fim informați?

- DA  
 NU

Copilul dvs este sub tratament medicamentos?  
*Dacă da, vă rugăm să includeți informații despre medicație, doze și instrucțiuni despre modul și frecvența de administrare.*

- DA  
 NU

Copilul dvs ia medicamente despre care trebuie să fim informați și pe care trebuie să le păstrăm și să i le administrăm conform unui program?

- DA  
 NU

Sunteți de acord ca copilul dvs să primească îngrijiri medicale sau tratament dacă este necesar?

- DA  
 NU

Acordați permisiunea ca copilul dvs să primească medicamente pentru afecțiuni minore, cum ar fi dureri (de cap, febră), gripă, stomac, mâncărimi, mușcături de insecte?

- DA  
 NU

### Semnătura

Semnând acest formular, confirmați faptul că l-ați completat personal, cu informații corecte.

\_\_\_\_\_  
Semnătura

\_\_\_\_\_  
Data și locul