

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku obóz/~~kolonia~~/~~zimowisko~~/~~półkolonia~~
2. Termin wypoczynku: 29.01-04.02.2024
3. Adres wypoczynku: Zespół Szkół Licealnych ul. M. Curie-Skłodowskiej 6, 37-300 Leżajsk

.....
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców
.....
3. Rok urodzenia
4. PESEL.....
5. Adres zamieszkania
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców.....
.....
.....
.....
7. Numer telefonu rodziców/osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku
.....
.....

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.....
.....

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

.....
o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Tężec(.....)Błonica(.....) inne.....

☐ Oświadczam, że podałem wszystkie niezbędne informacje mogące w istotny sposób wpłynąć na bezpieczeństwo i zapewnienie odpowiedniej opieki mojemu dziecku w czasie trwania wypoczynku

☐ Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na portalach społecznościowych należących wyłącznie do Organizatora oraz stronie internetowej organizatora do lat 5 po zakończeniu wypoczynku (zgodnie z ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. 2006, nr 90, poz.631))

☐ Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem obozu, akceptuję go w całości oraz zapoznałam/em z nim moje dziecko.

☐ Wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku pomocy medycznej lub leczenie ambulatoryjne. W razie konieczności wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegów/operacji ratujących życie lub zdrowie mojego dziecka.

.....
(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, że administratorem danych osobowych podanych w deklaracji jest Orzechowski Koszykarski Klub Sportowy z siedzibą w Orzechu a podanie danych osobowych jest dobrowolne, jest jednak warunkiem uczestnictwa dziecka w zajęciach klubu, dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom trzecim oraz innym odbiorcom. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo do swobodnego dostępu do Państwa danych, sprostowania lub usunięcia części lub całości danych w dowolnym momencie. Istnieje również prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie ww danych, które nie będą przechowywane oraz poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU
O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU
W WYPOCZYNKU**

Postanawia się :

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu :

.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

**IV.POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU
POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU
WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał na obozie w

.....

.....

od dnia do dniar.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA O STANIE ZDROWIA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA
WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH
W JEGO TRAKCIE.**

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY –
WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, że administratorem danych osobowych podanych w deklaracji jest Orzechowski Koszykarski Klub Sportowy z siedzibą w Orzechu a podanie danych osobowych jest dobrowolne, jest jednak warunkiem uczestnictwa dziecka w zajęciach klubu, dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom trzecim oraz innym odbiorcom. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo do swobodnego dostępu do Państwa danych, sprostowania lub usunięcia części lub całości danych w dowolnym momencie. Istnieje również prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie ww danych, które nie będą przechowywane oraz poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.