



## SALEZJAŃSKA ZIMA 2021 - GŁUCHOŁAZY

### KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

#### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

|                         |                         |                                |  |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|--|
| <b>Forma wycieczki:</b> |                         | <b>Obóz zimowy</b>             |  |
| <b>Termin</b>           | <b>13.02-20.02.2021</b> | <b>Miejsce akcji</b>           | <b>Kompleks Turystyczny „Sudety” Ośrodek Banderosa<br/>ul. Powstańców Śląskich 23, 48-340 Głuchołazy</b> |
| <b>Koszt</b>            | <b>1 050 zł</b>         | <b>Spotkanie organizacyjne</b> | <b>20.01.2021, godz. 19:15</b> SALTRON, ul. Różana 5   |

#### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

|   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|
| <b>Nazwisko</b>   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <b>Imię(imiona)</b>   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <b>Data urodzenia</b>   |  |  |  |  |  | <b>Miejsce urodzenia</b> |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <b>Miejscowość zamieszkania</b>   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  | <b>Kod</b>   |  |  |  |  |
| <b>Ulica/Osiedle</b>  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  | <b>numer</b> |  |  |  |  |
| <b>Adres e-mail</b>   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  | <b>Tel.</b>  |  |  |  |  |
| <b>PESEL</b>  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <b>Imię i nazwisko matki</b>  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  | <b>Tel.</b>  |  |  |  |  |
| <b>Imię i nazwisko ojca</b>   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  | <b>Tel.</b>  |  |  |  |  |
| <b>E-mail rodziców</b>  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <b>Adres zamieszkania lub pobytu rodziców</b>   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <b>Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.</b>   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <b>Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary).</b> |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <b>Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):</b>   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| tężec .....   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| dur .....   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| błonica .....   |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| inne .....  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |              |  |  |  |  |

#### Oświadczenia rodziców /opiekunów:

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w wycieczce organizowanej przez SL SALOS RP. Podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki nad dzieckiem w czasie trwania wycieczki. Na ten czas powierzam organizatorowi opiekę nad moim dzieckiem.

**data** ..... **podpis rodziców/opiekunów\*** .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej uczestnika przez SL SALOS RP (ul. Konfederacka 6, 30-306 Kraków) jako administratora danych, na potrzeby niezbędne do kontaktu oraz zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych, prawie do ich sprostowania, usunięcia, jak również o prawie do ograniczenia ich przetwarzania, prawie do cofnięcia zgody, prawie do przenoszenia danych, prawie wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych.

**data** ..... **podpis rodziców/opiekunów\*** .....

Oświadczam, że na podstawie przepisów RODO z dn. 25 maja 2018 r. dobrowolnie wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowanych podczas wycieczki. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć m.in. w materiałach reklamowych i promocyjnych stowarzyszenia, publikacjach prasowych, w mediach elektronicznych, broszurach, ulotkach, gazetkach itp. Z zastrzeżeniem, że wizerunek ten nie może być rozpowszechniany w zestawieniu z informacjami lub komentarzami stawiającymi osobę mojego dziecka w negatywnym świetle.

**data** ..... **podpis rodziców/opiekunów\*** .....

Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne oraz przeprowadzenie koniecznych badań i zabiegów operacyjnych w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka, na podstawie decyzji podjętych przez właściwy personel służby zdrowia, w czasie pobytu dziecka na obozie zimowym organizowanym przez SL SALOS RP w Głuchołazach w dniach 25.01-01.02.2020 r., a także na przewiezienie dziecka, w razie potrzeby, prywatnym samochodem do szpitala.

**data** ..... **podpis rodziców/opiekunów\*** .....

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

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę: tak  nie

**data** ..... **podpis organizatora wycieczki** .....

#### IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU NA MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał: Banderosa ul. Powstańców Śląskich 23, 48-340 Głuchołazy od dnia ..... do dnia .....

**data** ..... **podpis kierownika wycieczki** .....

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

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>miejscowość, data</b> ..... | <b>podpis kierownika</b> ..... |
|--------------------------------|--------------------------------|

#### VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>miejscowość, data</b> ..... | <b>podpis wychowawcy</b> ..... |
|--------------------------------|--------------------------------|

**SL SALOS RP** 30-306 Kraków, ul. Konfederacka 6, kom.: 697 130 313, www.salos.pl, e-mail: saloskrakow@gmail.com,  
Dane do przelewu: **Nr konta:** Alior Bank 41 2490 0005 0000 4530 5836 2692,  
**Tytuł:** Głuchołazy, imię i nazwisko uczestnika, numer telefonu, e-mail

\*Wymagane podpisy obojga rodziców/prawnych opiekunów (w razie jednego rodzica/opiekuna należy wypełnić dodatkowe oświadczenie).