S T O W A R Z Y S Z E N I E L O K A L N E
SALEZJAŃSKIEJ ORGANIZACJI SPORTOWEJ
R Z E C Z Y P O S P O L I T E J P O L S K I E J

SALEZJAŃSKA ZIMA 2021 - WISŁA

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

Forma wypoczynku:		***Obóz zimowy***	
Termin	***21.02-26.02.2021***	***Miejsce akcji***	***Ośrodek Salezjański w Wiśle ul. 1 Maja 4, 43-460 Wisła***
Koszt	***1 250 zł***	***Spotkanie organizacyjne***	***20.01.2021, godz. 18:30*** *SALTROM, ul. Różana 5*

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Nazwisko			
Imię(imiona)			
Data urodzenia		***Miejsce urodzenia***	
Miejscowość zamieszkania		***Kod***	-
Ulica/Osiedle		***numer***	
Adres e-mail		***Tel.***	
PESEL			
Imię i nazwisko matki		***Tel.***	
Imię i nazwisko ojca		***Tel.***	
E-mail rodziców			
Adres zamieszkania lub pobytu rodziców			

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

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary).

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

tężec ……błonica ……
dur ……inne ……

Oświadczenia rodziców /opiekunów:

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w wypoczynku organizowanym przez SL SALOS RP. Podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki nad dzieckiem w czasie trwania wypoczynku. 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 wypoczynku. 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 wypoczynku. 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 wypoczynek: tak ☐ nie ☐

data ..... **podpis organizatora wypoczynku** .....

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

Uczestnik przebywał: Ośrodek Salezjański, ul. 1 Maja 4, 43-460 Wisła od dnia …… do dnia .....

data ..... **podpis kierownika wypoczynku** .....

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

miejscowość, data ..... **podpis kierownika** .....

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

miejscowość, data ..... **podpis wychowawcy** .....

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).