



## SALEZJAŃSKIE LATO 2018

### KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYŃKU

<b>Nazwa akcji:</b>		<b>WOJNICZ 2 – obóz siatkarski - dzieci i młodzież 10 -18 lat</b>	
<b>Termin</b>	<b>16.08-26.08</b>	<b>Miejsce akcji</b>	<b>ul. Jagiellońska 17, 32-830 Wojnicz</b>
<b>Koszt</b>	<b>1 000 zł</b>	<b>Spotkanie organizacyjne</b>	<b>PIĄTEK 08 VI godz.19.00</b>

<b>Nazwisko</b>																								
<b>Imię</b>																								
<b>Data urodzenia</b>																<b>Miejsce urodzenia</b>								
<b>Miejscowość</b>											<b>Kod</b>							<b>-</b>						
<b>Adres</b>	<b>ulica</b>															<b>numer</b>								
<b>Telefon uczestnika</b>																								
<b>Szkoła</b>											<b>Klasa</b>													
<b>PESEL</b>																								
<b>Imię matki</b>											<b>Tel.</b>													
<b>Imię ojca</b>											<b>Tel.</b>													

**Informacja lekarza pierwszego kontaktu/rodzica/opiekuna o szczepieniach ochronnych (z podaniem roku o aktualnym wpisie szczepień). Czy stan zdrowia dziecka pozwala na uczestnictwo w obozie?**

data ..... podpis .....

**Informacja rodziców/opiekunów o stanie zdrowia dziecka i inne uwagi (np. na co dziecko jest uczulone, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, itp.)**

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wycieczki.

data ..... podpis rodzica/opiekuna .....

#### Zasady uczestnictwa w obozie:

1. Uczestnik jest zobowiązany do czynnego udziału w organizowanych zajęciach.
2. Na obozie obowiązuje zakaz palenia papierosów, spożywania alkoholu i innych używek oraz stosowania przemocy.
3. W razie nie stosowania się do obowiązujących zasad oraz uwag opiekunów organizator zastrzega sobie prawo odesłania uczestnika do domu na koszt rodziców /opiekunów.
4. Nie stosowanie się do w/w punktów może dyskwalifikować uczestnika z udziału w kolejnych wyjazdach Organizatora.

podpis uczestnika .....

podpis rodzica /opiekuna .....

#### Oświadczenie rodziców /opiekunów:

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w akcji organizowanej przez SALOS i na ten czas powierzam organizatorowi opiekę nad nim.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie uczestnika przez SALOS jako administratora danych osobowych, w celach marketingowych, z możliwością wglądu do swoich danych oraz prawem ich aktualizowania (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz.2 135 z póź. zm.)).

Oświadczam, że akceptuję regulamin.

Oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (Dz.U. z 2006 r. Nr 90 poz. 631 z późn. zm.) dobrowolnie wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowanych podczas akcji. 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 rodzica/opiekuna .....

#### Zostaw nam e-mail, by otrzymywać powiadomienia o planowanych wydarzeniach:

E-mail Uczestnika:

E-mail Rodzica:

**Karty należy składać na recepcji w Saltromie ul. Różana 5 (Dębniki)**

- **O zapisie decyduje kolejność zgłoszeń – należy oddać wypelnioną kartę zgłoszeniową wraz z wpłata zaliczki w wysokości 50%. Pozostałą część należy wpłacić do 15 czerwca 2018 r.**

**WYPEŁNIA ORGANIZATOR** Informacje o dziecku w czasie trwania wycieczki (leczenie, uwagi):

Postanawia się zakwalifikować Uczestnika na wycieczkę:

data .....

podpis przyjmującego zgłoszenie .....

**SL SALOS RP 30-306 Kraków, ul. Konfederacka 6, tel./fax (12) 269 30 00, 269 31 10  
 www.salos.pl, e - mail: saloskrakow@gmail.com, kom : 697 130 313**

**Nr rachunku bankowego: Alior Bank 41 2490 0005 0000 4530 5836 2692**

**Nazwa: SL SALOS RP, 30-306 Kraków ul. Konfederacka 6**

**Tytuł: nazwa akcji, nr turnusu, imię i nazwisko uczestnika oraz numer telefonu**