



## SALEZJAŃSKIE LATO 2024

### KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

#### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

#### ZAKOPANE 2

- Forma wycieczki:** *obóz sportowo-rekreacyjny (7-16 lat)*
- Termin wycieczki:** *12.08.2024 – 21.08.2024*
- Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki:** *Szkoła Podstawowa Nr 5 im. Janusza Korczaka w Zakopanem, ul. Chramcówki 27, 34-500 Zakopane*

Kraków, 03.04.2024 r.

(miejscowość, data)

(podpis organizatora wycieczki)

#### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (pola wypełnić drukowanymi literami)

- Imię (imiona) i nazwisko uczestnika:** .....
- Imiona i nazwiska rodziców:** .....
- Data i miejsce urodzenia:** .....
- Adres zamieszkania:** .....
- Adres zamieszkania lub pobytu rodziców:** .....
- E-mail uczestnika:** .....
- e-mail rodziców:** .....
- Numery telefonu rodziców lub osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki:** .....
- Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:** .....
- 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):** .....
- o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):** .....

**teżec:** ..... **blonica:** .....

**dur:** ..... **inne:** .....

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(data)

(podpis obojga rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

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

Postanawia się:  zakwalifikować i skierować na wycieczkę  odmówić skierowania na wycieczkę

ze względu .....

(data)

(podpis organizatora wycieczki)

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

Uczestnik przebywał: **SP nr 5 w Zakopanem, ul. Chramcówki 27, 34-500 Zakopane** od dnia..... do dnia.....

(data)

(podpis kierownika wycieczki)

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

(miejscowość, data)

(podpis kierownika wycieczki)

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

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy wycieczki)

#### Oświadczenia rodziców /opiekunów:

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w wycieczce organizowanej przez SL SALOS RP. Podałem(am) 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 obojga 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(łam) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści tych danych osobowych, prawie do ich sprostowania, usunięcia, jak również o prawie do ograniczenia ich przetwarzania, prawie do cofnięcia zgody, prawie do przeniesienia danych, prawie wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych.

**data** ..... **podpis obojga rodziców/opiekunów** .....

Oświadczam, że na podstawie przepisów RODO z dn. 25 maja 2018 r. wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowanych podczas wycieczki. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie 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 obojga 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 wakacyjnym organizowanym przez SL SALOS RP w Zakopanem w dniach 01-10.07.2023 r., a także na przewiezienie dziecka, w razie potrzeby, prywatnym samochodem do szpitala.

**data** ..... **podpis obojga rodziców/opiekunów** .....