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

SALOS KRAKÓW

SALEZJAŃSKIE LATO 2025

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU ***ROWERÓWKA KRAKÓW-HEL***

1. Forma wypoczynku: *obóz ROWEROWY MŁODZIEŻ(15+)DOROŚLI*
2. Termin wypoczynku: 20*.07.2025 – 30.07.2025*
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: RAJD ROWEROWY WĘDROWNY

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

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

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika: ……
2. Imiona i nazwiska rodziców: ……
3. Data i miejsce urodzenia: ……
4. Adres zamieszkania: ……
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców: ……
……
6. E-mail uczestnika: ……
e-mail rodziców: ……, ……
7. Numery telefonu rodziców lub osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku: ……, ……
8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym: ……
……
……
9. 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): ……
……
……
o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec: …… **błonica:** ……
dur: …… **inne:** ……

oraz **numer PESEL** uczestnika wypoczynku | | | | | | | | | | | |

....
(data) (podpis obojga rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się: ☐ zakwalifikować i skierować na wypoczynek ☐ odmówić skierowania na wypoczynek
ze względu .....

....
(data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

od dnia..... do dnia.....

....
(data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

Oświadczenia rodziców /opiekunów:

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w wypoczynku organizowanym przez SL SALOS RP. Podałem(am) 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 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 wypoczynku. 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 przenoszenia 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 wypoczynku. 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., a także na przewiezienie dziecka, w razie potrzeby, prywatnym samochodem do szpitala.

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