



SALEZJAŃSKA ZIMA 2023 - WISŁA

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

WISŁA

1. **Forma wycieczki:** *obóz zimowy (narty, snowboard) – 9-18 lat*
2. **Termin wycieczki:** *29.01.2023 – 03.02.2023 r.*
3. **Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki:** *Salezjański Ośrodek Wypoczynkowy w Wiśle, ul. 1 Maja 4, 43-460 Wisła*

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

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 wycieczki, w czasie trwania wycieczki:**

8. **Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:**

9. **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):

tężec: **błonica:**

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: *Salezjański Ośrodek Wypoczynkowy w Wiśle, ul. 1 Maja 4, 43-460 Wisła* 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

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis kierownika wycieczki)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
(miejsce, 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 wycieczki 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 zimowym organizowanym przez SL SALOS RP w Wiśle w dniach 29.01-03.02.2023 r., a także na przewiezienie dziecka, w razie potrzeby, prywatnym samochodem do szpitala.

data **podpis obojga rodziców/opiekunów**