KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku ❑ obóz ❑ półkolonia ❑ kolonia ❑ zimowisko ❑ biwak
2. Termin wypoczynku 9-15.02.2025 r.
3. Adres wypoczynku: Szkoła Podstawowa nr 2 w Połczynie-Zdroju, ul. Mieszka I 19

Połczyn-Zdrój,..... .....
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Imiona i nazwiska rodziców.....

3. Rok urodzenia.....

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku.....

5. Adres zamieszkania .....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców .....

7. Numer 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.....
oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień): ❑tężec ..... ❑błonica ..... ❑inne .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn.zm.)

.....
(data, podpis rodziców)

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

Postanawia się: ❑ Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek ❑ Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:.....

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

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

Uczestnik przebywał: Szkoła Podstawowa nr 2 w Połczynie-Zdroju, ul. Mieszka I 19, w terminie 13-19.01.2024 r.

……
(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)

RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MKS PIAST Szczecin, zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

……
(data i podpis rodzica/opiekuna)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji klubu środkami komunikacji elektronicznej (e-mail, sms, media społecznościowe), zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. nr 144, poz. 1204, z późn. zm.)

……
(data i podpis rodzica/opiekuna)

Udzielamy MKS PIAST SZCZECIN prawa do wykorzystywania zdjęć z wizerunkiem naszego dziecka bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, nieograniczone w czasie korzystanie i rozporządzanie zdjęciami, a w szczególności publiczne ich wykorzystywanie, utrwalenie i zwielokrotniony druk, wykorzystywanie w celach marketingowych, promocyjnych, reklamowych i umieszczanie na stronie internetowej oraz na profilu na Facebooku instytucji i organizacji finansujących przedsięwzięcie.

……
(data i podpis rodzica/opiekuna)

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM/EM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJEO O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I OPERACYJNE. WYRAŻAM RÓWNIEŻ ZGODĘ NA DORAŹNE PODANIE LEKÓW OGÓLNODOSTĘPNYCH W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA NAGŁEJ DOLEGLIWOŚCI.

……
(data i podpis rodzica/opiekuna)