

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU*

1. Forma wypoczynku – półkolonia:

Proszę ZAZNACZYĆ* wybraną opcję półkolonii:

- ☐ Opcja I - w godzinach 9:00-15:00 (obiad)
- ☐ Opcja II – pojedynczy dzień
- ☐ Opcja III – dodatkowa opieka wychowawcy 8:00-9:00 i 15:00 – 16:00 (bez śniadania i podwieczorku, rodzic zobowiązany jest do zapewnienia dziecku prowiantu).

2. Termin wypoczynku – proszę zaznaczyć*:

- ☐ I turnus 7 – 11 lipca 2025 r.
- ☐ II turnus 14 – 18 lipca 2025 r.
- ☐ III turnus 21 – 25 lipca 2025 r.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

ul. Brzozowa 2, 34-700 Rabka-Zdrój, Katolicka Szkoła Podstawowa

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym²⁾

nie dotyczy

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą

nie dotyczy

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

3. Data i miejsce urodzenia (pełna)

.....

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców**

.....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku w czasie trwania wypoczynku

.....
.....
.....

8. Informacja o osobach odbierających uczestnika po skończonych zajęciach lub zgoda rodzica/opiekuna prawnego na samodzielny powrót uczestnika do domu

.....
.....
.....

9. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

.....
.....
.....

10. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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)

.....
.....

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 2015 r. poz. 2135, z późn.zm.).

.....
(data)

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

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:

adres miejsca wypoczynku - **ul. Brzozowa 2, 34-700 Rabka-Zdrój,**

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

* Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

** W przypadku uczestnika niepełnoletni

.....
Imię i nazwisko dziecka

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,
w tym danych wrażliwych**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych wrażliwych mojego

dziecka zbieranych przez

**Katolicką Szkołę Podstawową
im. Najświętszej Rodziny z Nazaretu w Rabce – Zdroju**

zgodnie z art. 7 i 9 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Dane te są przetwarzane do celów:

- a). **zamieszczania wizerunku dziecka** w szczególności na stronie internetowej Szkoły, Facebooku, w gablotach informacyjnych w budynku Szkoły, w folderach i materiałach promocyjnych i reklamujących półkolonię w lokalnych mediach,
- b). zapewnienie odpowiedniej opieki i odżywiania, stosowania diety.
- c). zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej
- d). stosowania w pracy opiekuńczo-wychowawczej odpowiednich metod mających na celu właściwy rozwój psychofizyczny
- e). ubezpieczenia uczestnika,
- f). pozyskanie dofinansowania do warsztatów;

W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do danych dziecka oraz możliwości ich poprawiania, a także możliwości wycofania niniejszej zgody.

.....
data i podpis rodzica