

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku¹⁾

kolonia
zimowisko
obóz
biwak
półkolonia

inna forma wypoczynku

.....
(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku **12.08.2023 – 19.08.2023**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

OW Januszkowo Sport Resort Hotel Bryłowy, Januszkowo 27, 13-124 Kozłowo

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym²⁾

.....
.....

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

.....

3. Rok urodzenia

4. Adres zamieszkania

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców³⁾

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

.....

8. 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)

.....

.....

.....

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec

błonica

dur

inne

..... oraz

numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

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 się¹⁾:

- ☐ 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)

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)

¹⁾ Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

²⁾ W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

³⁾ W przypadku uczestnika niepełnoletniego

MIEJSCE NA ZAŁĄCZENIE STRONY INFORMACYJNEJ O SZCZEPIENIACH Z
KSIĄŻECZKI ZDROWIA DZIECKA

Klauzula informacyjna RODO

Zgodna z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

- Administratorem danych osobowych jest **Miejski Klub Sportowy Piast**, Al. Tysiąclecia 1, 05-820 Piastów, dane kontaktowe: mkspiast@mkspiast.pl, tel. +48 601 210 659.
- W zależności od realizowanego zadania lub usługi celem przetwarzania danych może być wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, realizacja zawartych umów lub podjęcie działań przed zawarciem umowy.
- Przysługuje Państwu prawo żądania dostępu do podanych danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia. Jeśli uznają Państwo, że dane są przetwarzane niezgodnie z prawem, mogą Państwo wnieść skargę do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Odbiorcami danych, czyli podmiotami którym w świetle obowiązujących przepisów prawa dane osobowe mogą być ujawnione, w zależności od realizowanego zadania lub usługi, są lub będą: strony postępowania administracyjnego; organy publiczne oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów publicznych, w celach i zakresie wynikających z obowiązujących przepisów prawa, m.in. Jednostki Samorządu Terytorialnego, Kuratorium Oświaty, Ministerstwo Edukacji Narodowej; inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe, dla których administratorem jest MKS Piast z siedzibą w Piastowie
- Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wyżej wymienionych celów. Okres przechowywania danych reguluje ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. W niektórych przypadkach okres przechowywania danych określają inne przepisy szczegółowe stanowiące podstawę realizacji zadań.

ZAPOZNAŁEM(AM) SIĘ Z INFORMACJĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

.....

(Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego, data i miejscowość)

ZGODA NA LECZENIE ORAZ PODAWANIE LEKÓW

Wyrażam zgodę na podanie leków podczas mojej nieobecności mojemu dziecku.....

Nr PESEL dziecka.....

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacyjne oraz wyrażam zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane nam informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie organizowanym przez MKS PIAST w Januszkowie w terminie 12.08 – 19.08.2023r

Przejmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a niepodanych chorób dziecka.

Jednocześnie informuję o konieczności podawania leków, które dziecko powinno zażywać w trakcie trwania obozu.

Wyrażam zgodę, aby wymienione poniżej leki podawane były przez wychowawcę.

Nazwa sposób podania dawka

Nazwa sposób podania dawka

Nazwa sposób podania dawka

Nazwa sposób podania dawka

Informuję , że dziecko uczulone jest na lek/substancję czynną:

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

.....

(Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego, data i miejscowość)