**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DO KARTY KWALIFIKACYJNEJ**

*Wypoczynek letni w formie kolonii w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej został dofinansowany ze środków Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników w kwocie 750 zł na każdego uczestnika*

**WARUNKI UCZESTNICTWA W WYPOCZYNKU:**

1. Uczestnik wypoczynku zobowiązany jest stosować się do postanowień przepisów i regulaminów, z którymi zostanie zapoznany w trakcie wypoczynku oraz do zachowywania się zgodnie z ogólnie przyjętymi obyczajami i zasadami, w tym zobowiązany jest podporządkować się poleceniom kadry wychowawczej.
2. Podczas trwania wypoczynku, od momentu wyjazdu do powrotu, Uczestników obowiązuje całkowity zakaz spożywania alkoholu, palenia tytoniu oraz używania narkotyków, dopalaczy i innych środków odurzających.
3. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze, dokumenty oraz inne cenne rzeczy posiadane przez Uczestników, jeśli po przybyciu do miejsca zakwaterowania nie zostały one złożone w depozycie wskazanym przez wychowawcę.
4. Rodzice lub opiekunowie są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez uczestnika wypoczynku.
5. Poważne naruszenie zasad wypoczynku, w tym: spożywanie alkoholu, używanie narkotyków lub sprowadzanie zagrożenia dla bezpieczeństwa własnego lub innych uczestników, grozi wydaleniem z wypoczynku bez zwrotu kosztów. W takim przypadku kosztami strat, transportu oraz opieki w czasie podróży zostaną obciążeni rodzice/opiekunowie.

**Uwaga:** Rodzice zobowiązani są do punktualnego przyprowadzenia Uczestnika na miejsce wyjazdu oraz do odebrania go po powrocie z miejsca zbiórki (dziecko nie może samo wracać do domu).

**Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z powyższymi warunkami uczestnictwa w wypoczynku.**

**………………………………………………… …………………………………………………………………… ……………………………………………………………………**

**(miejscowość, data) (podpis Rodziców/Opiekunów) (podpis Uczestnika wypoczynku)**

**Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie wypoczynku. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki wszystkich znanych mi, a nie ujawnionych chorób dziecka. Wyrażam zgodę na ewentualne zabiegi i leczenie szpitalne w stanach zagrażających zdrowiu lub życiu dziecka**.

…………………………………………………………….………… …………………………...……………………………………….……………………………………………….

**( miejscowość, data) (podpis Rodziców /Opiekunów)**

Informujemy, że Administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Wspierania Inicjatyw Oświatowo – Wychowawczych im. Teresy Kras, ul. Fabryczna 15, 20-301 Lublin. Kontakt do Inspektora ochrony danych tel.: (81) 746-19-85. Szczegółowe informacje o Polityce ochrony danych osobowych (dalej PODO) znajdują się na stronie www.stowarzyszenie-kras.pl. Na każde zgłoszenie udostępniamy PODO w dogodnej formie (e-mail, fax, papierowo). W załączeniu do Karty kwalifikacyjnej przedstawiamy wyciąg  najważniejszych informacji z PODO.

**Oświadczam, że zapoznałem się z informacją**:

…………………………………………………………….………… …………………………...……………………………………….……………………………………………….

**( miejscowość, data) (podpis Rodziców /Opiekunów)**

Oświadczam, że **wyrażam/nie wyrażam\*** zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, i danych osobowych dziecka, do celów marketingowych - promocji usług, wykazywania kwalifikacji i dorobku Stowarzyszenia. Zgoda nie obejmuje danych wrażliwych moich, i mojego dziecka  (o zdrowiu, pochodzeniu).

**Wyrażam/ nie wyrażam\*** zgody na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w postaci zdjęć, filmów, rysunków, nagrań sporządzonych w trakcie trwania zorganizowanego wypoczynku w celu ich powielania i wykorzystania w materiałach informacyjnych, reklamowych, sprawozdawczych Stowarzyszenia i przekazania innym podmiotom związanym z realizacją wypoczynku (FSUSR, współorganizatorzy).

…………………………………………………………….………… …………………………...……………………………………….……………………………………………….

**( miejscowość, data) (podpis Rodziców /Opiekunów)**

***\* właściwe podkreślić***

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I.** **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku1):

**X kolonia**

🞎 zimowisko

🞎 obóz

🞎 biwak

🞎 półkolonia

🞎 inna forma wypoczynku ……….………………………………………….……

(*proszę podać formę*)

2. Termin wypoczynku ……………………….…………….. - ……….…………………………………….

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku …………………………………………....……………………………………………………………………………………………………..……………

…………………………………………....……………………………………………………………………………………………………..……………

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 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: ................................................................................

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 2015r. 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 CHOROBACH 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.