

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJA DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki obóz/~~kolonia~~/~~zimowisko~~/~~półkolonia~~
2. Termin wycieczki: 4-14.07.2024
3. Adres wycieczki: Zespół Szkół Licealnych ul. M. Curie-Skłodowskiej 6, 37-300 Leżajsk

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka  
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców  
.....
3. Rok urodzenia .....
4. PESEL.....
5. Adres zamieszkania .....
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców.....  
.....  
.....
7. Numer telefonu rodziców/osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki  
.....  
.....

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

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie

( np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

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

Tężec(.....)Błonica(.....) inne.....

Oświadczam, że podałem wszystkie niezbędne informacje mogące w istotny sposób wpłynąć na bezpieczeństwo i zapewnienie odpowiedniej opieki mojemu dziecku w czasie trwania wycieczki

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na portalach społecznościowych należących wyłącznie do Organizatora oraz stronie internetowej organizatora do lat 5 po zakończeniu wycieczki (zgodnie z ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. 2006, nr 90, poz.631))

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem obozu, akceptuję go w całości oraz zapoznałam/em z nim moje dziecko.

Wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku pomocy medycznej lub leczenia ambulatoryjne. W razie konieczności wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegów/operacji ratujących życie lub zdrowie mojego dziecka.

.....  
(data)

.....  
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, że administratorem danych osobowych podanych w deklaracji jest Orzechowski Koszykarski Klub Sportowy z siedzibą w Orzechu a podanie danych osobowych jest dobrowolne, jest jednak warunkiem uczestnictwa dziecka w zajęciach klubu, dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom trzecim oraz innym odbiorcom. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo do swobodnego dostępu do Państwa danych, sprostowania lub usunięcia części lub całości danych w dowolnym momencie. Istnieje również prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie ww danych, które nie będą przechowywane oraz poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.