



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki:

- kolonia
- zimowisko
- obóz
- biwak
- półkolonia
- inna forma wycieczki

2. Termin wycieczki **od 26.07.2018 r. do 05.08.2018 r.**

3. Adres wycieczki

Ośrodek Kolonijno – Wczasowy „Beata” i „Fiord”, Smoldziński Las, 76 – 214 Smoldzino (morze)

Trasa wycieczki o charakterze wędrownym -

.....

Nazwa kraju w przypadku wycieczki organizowanej za granicą –

Drohiczyn, 19.04.2018r.
(data)

Prezes SLGD „Tygiel Doliny Bugu”

mgr Agnieszka Wojtkowska

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców (oboje rodziców)

.....

.....

3. Rok urodzenia

4. Adres zamieszkania

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

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

7. Adres e-mail rodziców lub uczestnika wycieczki

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)
wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych.

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

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

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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):

tęzec.....

błonica.....

dur.....

inne.....

.....

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki

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

10. Uczestnik jest ubezpieczony (zaznaczyć odpowiednie pole):

KRUS

ZUS

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w celu organizacji wycieczki oraz w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest (Stowarzyszenie „Lokalna Grupa Działania – Tygiel Doliny Bugu”, z siedzibą ul. Warszawska 51/7, 17-312 Drohiczyn)
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu organizacji wycieczki - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 3) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w realizacji usług
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres – 6 lat,
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową realizacji usługi/umowy

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
(podpisy obojga 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

Drohiczyn,.....
(data)

Prezes SLGD „Tygiel Doliny Bugu”
mgr Agnieszka Wojtkowska

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 CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

