**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 ............................... – ........................................

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

**Dom Wczasów Dziecięcych w Porąbce, ul. Wielka Puszcza 91, 43-353 Porąbka**

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.Data i miejsce 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 dziecka ………………………………………….,.……………………………..

Seria i nr paszportu dziecka lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość4)……..…….

**Wyrażam zgodę na podanie leków przez pielęgniarkę i wychowawców Domu Wczasów Dziecięcych   
w Porąbce leków objawowych, leków przywiezionych z domu rodzinnego oraz zleconych przez lekarza. TAK/NIE. W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne. TAK/NIE /niepotrzebne skreślić/**

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

(data) (podpis rodziców/pełnoletniego 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 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.

4) Wypełnić tylko w przypadku braku nr PESEL

**Informacje dotyczące Pana/ Pani danych osobowych zgodnie z wymogami RODO:**

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Dom Wczasów Dziecięcych z siedzibą w Porąbce, ul. Wielka Puszcza 91, 43-353 Porąbka. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych: Barbara Adamaszek 601471033.Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w procesie naboru na turnus oraz na czas pobytu dziecka w placówce na podstawie dobrowolnej zgody. Ma Pan/Pani prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed cofnięciem zgody. Dane osobowe będą przetwarzane aż do ewentualnego cofnięcia przez Pana/Panią zgody na przetwarzanie danych w procesie naboru, nie dłużej jednak niż do zakończenia pobytu dziecka w placówce. Podanie prze Pana/Panią danych osobowych w zakresie wymaganym przez Ustawę z dnia 14 grudnia 2016 roku - Prawo oświatowe /Dz. U. 2017 poz. 59 art. 150 ust.1 pkt 1-4, art.155/ oraz wydane do niej akty wykonawcze jest obowiązkowe , a w pozostałym zakresie dobrowolne. Ma Pan/Pani prawo do dostępu do podanych danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.