



Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka **PODAJ DALEJ** **KRS 0000 197058**

Adres: ul. Południowa 2A, 62-510 Konin

Telefon: 63 211 22 19 e-mail: fundacja@podajdalej.org.pl **FB/FundacjaPodajDalej**

Konto bankowe: ING 78 1050 1735 1000 0024 2547 0123 **www.podajdalej.org.pl**

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

Forma wycieczki: **Kolonie wycieczkowe Mali Odkrywcy**

Organizator: **Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ, Konin, ul Południowa 2A**

Miejsce zakwaterowania: **Ośrodek wycieczkowy Wityng w Mikorzynie koło Konina.**

Czas trwania wycieczki: **15-23 sierpnia 2020**

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia..... PESEL

Adres zamieszkania..... telefon.....

Nazwa i adres szkoły.....klasa.....

Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki:

.....

Telefony.....

Adres mailowy.....

Zobowiązuję się dowieźć dziecko na miejsce wycieczki oraz do domu na własny koszt.

.....

(miejsce, data)

.....

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. A. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, sprzęt ortopedyczny)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE SAMODZIELNOŚCI I SAMOBSŁUGI DZIECKA

(np. proszę dokładnie opisać samoobsługę i czynności w których dziecko potrzebuje pomocy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU I PRZYJMUJĘ NA SIEBIE ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SKUTKI WSZYSTKICH ZNANYCH MI, A NIEUJAWNIONYCH CHORÓB I URAZÓW DZIECKA JEDNOCZEŚNIE DEKLARUJĄC, ŻE STAN ZDROWIA MOJEGO DZIECKA – UCZESTNIKA, UMOŻLIWIA UDZIAŁ W TRUNUSIE WYPOCZYNKOWYM.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje. Wyrażam zgodę na umieszczenie danych w/w osoby w bazie teleadresowej Fundacji im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ oraz na przesyłanie korespondencji na nasz adres zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 10 maja 2018r. (Dz. U. 2018 poz. 1000) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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).

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec
błonica, dur
Inne.....
.....

.....
(data)

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

V. INFORMACJA O DZIECKU OD WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica / opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.

Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....

.....
(data)

.....
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

.....
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dnia 20 r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki
sprawujących opiekę medyczną)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ, z siedzibą w Koninie, przy ul. Południowej 2a, o numerze identyfikacyjnym NIP: 6652679972, w celu otrzymywania informacji dotyczących działań realizowanych przez Fundację PODAJ DALEJ zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 10 maja 2018r. (Dz. U. 2018 poz. 1000) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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). Dane będą przetwarzane do momentu cofnięcia zgody. Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Jestem świadomy, że mam możliwość dostępu do swoich danych, w celu ich sprostowania i usunięcia oraz żądania ograniczenia ich przetwarzania ze względu na moją szczególną sytuację oraz wycofania udzielonej zgody w każdym momencie, przy czym cofnięcie uprzednio wyrażonej zgody nie wpłynie na legalność przetwarzania przed jej wycofaniem, a także wniesienie skargi do organu nadzorczego. Dane nie będą przekazywane do państw trzecich oraz nie podlegają profilowaniu tj. automatycznemu podejmowaniu decyzji.

Jestem świadomy, że wyrażenie zgody jest dobrowolne. Brak jej wyrażenia uniemożliwi wzięcie udziału Dziecka w projektach realizowanych przez Fundację PODAJ DALEJ.

.....
Data i czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących działań realizowanych przez Fundację PODAJ DALEJ drogą elektroniczną zgodnie z Ustawą o Świadczenie Usług Drogą Elektroniczną z dnia 18 lipca 2002r. (Dz. U. 2002r. 144 poz.1204) od Fundacji im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ, z siedzibą w Koninie, przy ul. Południowej 2a, o numerze identyfikacyjnym NIP: 6652679972. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

.....
Data i czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna

Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących w celu otrzymywania informacji dotyczących działań realizowanych przez Fundację PODAJ DALEJ zgodnie z art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004r. Prawo Telekomunikacyjne (Dz. U. z 2014r. poz.243 ze zm.) przez Fundację im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ, z siedzibą w Koninie, przy ul. Południowej 2a, o numerze identyfikacyjnym NIP: 6652679972. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

.....
Data i czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego syna/córki

..... zarejestrowanych podczas realizacji Kolonii Mali Odkrywcy
(imię i nazwisko dziecka)

bezterminowo i na wszystkich polach eksploatacji. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany wyłącznie w celu promocji działalności statutowej Fundacji im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

.....
Data i czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna