



Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka **PODAJ DALEJ** KRS 0000 197 058

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](http://www.podajdalej.org.pl)

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WARSZTATÓW

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WARSZTATÓW

Forma wypoczynku: **Akademia Młodzieżowa w formie warsztatów rozwojowych**

Organizator: Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ, Konin, ul Południowa 2A; miejsce zakwaterowania: Blues Hostel, ul. 3 Maja 1-3, 62-500 Konin; czas trwania wypoczynku – **prosimy zaznaczyć wybraną datę:**

- 27 stycznia 2025 do 1 lutego 2025
- 03 lutego 2025 do 08 lutego 2025

### I. DANE DZIECKA

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 wypoczynku:

.....

Telefony.....

Adres mailowy.....

### III.A. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Istotne dane o stanie zdrowia (**jednostka chorobowa**) uczestnika warsztatów, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik choruje na co jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, jakiego wymaga wsparcia, w czym wymaga asystowania, czego nie lubi)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

III.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE SAMODZIELNOŚCI I SAMOBSŁUGI

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

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec .....

błonica ....., dur .....

Inne.....  
.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI I BEZPIECZEŃSTWA W CZASIE POBYTU DZIECKA NA WARSZTATACH I PRZYJMUJĘ NA SIEBIE ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SKUTKI WSZYSTKICH ZNANYCH MI, A NIEUJAWNIONYCH CHORÓB I URAZÓW DZIECKA. DEKLARUJĘ, ŻE STAN ZDROWIA MOJEGO DZIECKA – UCZESTNIKA, UMOŻLIWIA UDZIAŁ W WARSZTATCH.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje

.....

(data)

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ, z siedzibą w Koninie, przy ulicy Południowej 2a, o numerze identyfikacyjnym NIP: 6652679972, w celu otrzymywania informacji dotyczących organizacji i planowania warsztatów rozwojowych 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.

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

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących organizacji i planowania warsztatów rozwojowych 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 ulicy Południowej 2a, o numerze identyfikacyjnym NIP:6652679972. Wyrażenie zgody jest dobrowolne

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

Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących w celu otrzymywania informacji dotyczących organizacji i planowania warsztatów rozwojowych 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 ulicy Południowej 2a, o numerze identyfikacyjnym NIP:6652679972. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

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

Wyrażam zgodę na używanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego syna/córki  
..... zarejestrowanych podczas warsztatów rozwojowych.  
Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu prowadzenia działań statutowych i promocji działalności Fundacji im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ.

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



Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ KRS 0000 197 058

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](http://www.podajdalej.org.pl)

**WARSZTATY ROZWOJOWE są bezpłatne i odbywają się dzięki pomocy BIEDRONKI. Komunikowanie o warsztatach jest niezbędne, abyśmy mogli podziękować Partnerowi za pomoc i pozyskiwać środki w kolejnych latach.**

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU PRZEZ FUNDACJĘ IM. DOKTORA PIOTRA JANASZKA PODAJ DALEJ ORAZ JEJ PARTNERÓW

Ja, niżej podpisana/-y

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna, tel. kontaktowy)

w związku z udziałem mojego dziecka/ podopiecznego

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko dziecka)

w warsztatach rozwojowych (dalej „Projekt”) realizowanym przez Fundację im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ z siedzibą w Koninie (62-510), ul. Południowa 2a, KRS: 0000197058 (dalej „Fundacja”), na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 04 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1231, tj. ze zm.)

- **wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie oraz rozpowszechnianie przez Fundację wizerunku oraz głosu Uczestnika**, na wszelkich nośnikach i we wszelkiej formie, w tym w postaci filmów, zdjęć, i nagrań dźwiękowych, do celów związanych bezpośrednio lub pośrednio z reklamą i promocją Fundacji lub jej działalności oraz reklamą i promocją Projektu, poprzez zamieszczanie we wszelkich materiałach promocyjnych lub reklamowych przygotowywanych lub wykorzystywanych przez Fundację; zamieszczanie w sieci Internet w dowolnej postaci (zdjęć, nagrań, filmów); emisję w przekazach telewizyjnych, radiowych i internetowych; publiczne wystawienie, wyświetlenie, odtwarzanie oraz nadawanie i reemitowanie. Zgoda ta dotyczy wielokrotnego, nieograniczonego czasowo i terytorialnie, rozpowszechniania przez Fundację wizerunku lub głosu Uczestnika;
- wyrażam zgodę na przeprowadzanie wywiadów z Uczestnikiem, robienie zdjęć i/lub filmowanie podczas udziału w Projekcie oraz wykorzystanie tych materiałów, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia;
- **wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez Partnera Fundacji – BIEDRONKĘ (dalej Partner), wizerunku Uczestnika**, poprzez zamieszczanie na stronach internetowych Partnera, na profilach Partnera na portalach społecznościowych (Facebook, Instagram, LinkedIn) i w formie drukowanej (np. raport firmy, ulotka), **wyłącznie w celu informowania o zaangażowaniu Partnera w organizację warsztatów**. Zgoda ta uprawnia do rozpowszechniania wizerunku lub głosu Uczestnika przez Partnera w okresie 5 lat od jej udzielenia;

(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

podpis matki, ojca lub opiekuna