**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku"

O kolonia

O zimowisko

x obóz

O biwak

O półkolonia

O inna forma wypoczynku

*(proszę podać formę)*

2. Termin wypoczynku ...........24.08.2024.................... — ...........31.08.2024.............................

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Hotel Ski@Spa w Wierchomli, Wierchomla Mała 42, 33-350 Piwniczna

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

1. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
   1. Imię (imiona) i nazwisko
   2. Imiona i nazwiska rodziców

3. Rok urodzenia .................................................................................................................

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

5. Adres zamieszkania .............................................................................................................

1. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców’
2. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

Ojciec .........................................................................................

Matka ………………………………………………………….

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. 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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

tężec .................................................................................................................................

błonica ...............................................................................................................................

inne ..................................................................................................................................

(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

Dane osobowe zawarte w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków prawnych wynikających z art. 92 k ustawy o systemie oświaty1 , art. 7 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży oraz Załącznika nr 6 do ww. Rozporządzenia.

**(data) (podpis rodziców)**

Administratorem przekazanych danych osobowych jest Fundacja Best Friend, posiadająca adres miejsca wykonywania działalności: ul.Zielona 219, reprezentowana przez Joannę Zawadzińską-Żyra

Działając jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny mojego dziecka oświadczam , iż zostałem/am zapoznany z powyższą informacją odnośnie przetwarzania danych osobowych mojego dziecka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku oraz danych osobowe dziecka (imię i nazwisko) pozostającego pod moją opieką celem publikacji na stronie internetowej szkoły i fundacji, szkolnym koncie Facebook, w broszurach szkolnych, na tablicach ogłoszeń - w związku z udziałem w obozie organizowanym przez Fundację Best Friend.

**(data) (podpis rodziców)**

1. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O **ZAKWALIFIKOWANIU** UCZESTNIKA

**WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W** WYPOCZYNKU

Postanawia się I’:

O zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

O odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

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

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

1. 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)

1. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

1. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

I’ Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

2’ W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym. "W przypadku uczestnika niepełnoletniego.