

KARTA KWALIFIKACYJNA

UCZESTNIKA ZIMOWISKA

Nazwa akcji:	PÓŁKOLONIE ZIMOWE		
Termin:	17 – 21.02.2025 r.	Miejsce:	Oratorium im. Św. Jana Bosko w Lublinie, Ul. Kalinowszczyzna 3, 20-129
Koszt:	220 zł		

Imię i Nazwisko uczestnika		
Data i miejsce urodzenia		
Adres	ulica, nr domu/m.	
	kod, miejscowość	
Telefon uczestnika		

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SZKOŁA		Klasa	
--------	--	-------	--

Imię i nazwisko matki		tel:	
-----------------------	--	------	--

Imię i nazwisko ojca		tel:	
----------------------	--	------	--

E-mail rodzica (do kontaktu)

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

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach).



Zasady uczestnictwa w akcji:

1. Uczestnik jest zobowiązany do czynnego udziału w organizowanych zajęciach i przestrzegania regulaminu.
2. Podczas akcji obowiązuje zakaz palenia papierosów, spożywania alkoholu i innych używek oraz stosowania przemocy.
3. W razie nie stosowania się do obowiązującego regulaminu oraz uwag wychowawców i wolontariuszy organizator zastrzega sobie prawo odesłania uczestnika do domu.
4. Nie stosowanie się do w/w punktów może dyskwalifikować uczestnika z udziału w kolejnych akcjach Organizatora.

Oświadczenie rodziców / opiekunów: (należy zaznaczyć zgodę znakiem)

- Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w akcji organizowanej przez Stowarzyszenie Lokalne "Kalina" Salezjańskiej Organizacji Sportowej i na ten czas powierzam organizatorowi opiekę nad nim.
- Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie uczestnika przez SL SALOS "Kalina" jako administratora danych osobowych, na potrzeby niezbędne do kontaktu oraz zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku, w celach marketingowych, z możliwością wglądu do swoich danych oraz prawem ich aktualizowania (zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. z późn. zm.).
- Oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (Dz.U. z 2006 r. Nr 90 poz. 631 z późn. zm.) dobrowolnie wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowanych podczas akcji. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć m.in. w materiałach reklamowych i promocyjnych stowarzyszenia, publikacjach prasowych, w mediach elektronicznych, broszurach, ulotkach, gazetkach itp. Z zastrzeżeniem, że wizerunek ten nie może być rozpowszechniany w zestawieniu z informacjami lub komentarzami stawiającymi osobę mojego dziecka w negatywnym świetle.
- Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne oraz przeprowadzenie koniecznych badań i zabiegów operacyjnych w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka, na podstawie decyzji podjętych przez właściwy personel służby zdrowia, w czasie pobytu dziecka na akcji organizowanej przez SL SALOS "Kalina", a także na przewiezienie dziecka, w razie potrzeby, prywatnym samochodem do szpitala.

data

podpis rodzica/opiekuna

Postanawia się zakwalifikować Uczestnika na wypoczynek: TAK / NIE

data

podpis przyjmującego zgłoszenie

Wpłacono..... zł
Podpis przyjmującego

*W razie pytań prosimy o kontakt e-mail:
oratorium@salezjanie.lublin.pl; tel. 722 175 200*