**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU – 2024 r.**

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**
2. Forma wypoczynku
* Kolonia
* Zimowisko
* Obóz
* Biwak
* **PÓŁKOLONIE**
1. Termin wypoczynku **01.07-05.07. 2024r. – II TURNUS**
2. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

 **ŚWIDNIK, TRZCIANKI, LUBLIN, KAZIMIERZ DOLNY, LUBLIN**

* Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym – nie dotyczy.
* Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą – nie dotyczy.

Lubartów, ………………………………. ………………………………………………..

 (podpis organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko

 ………………………………………………………………………………………………………………………

1. Imiona i nazwiska rodziców

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

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

1. Rok urodzenia ……………………………………………………………………………..
2. Numer **PESEL** uczestnika wypoczynku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………….
2. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

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

1. Numer telefonu rodziców lub nr. telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. 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…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Oświadczam, że zapoznałam/łem się z regulaminem wypoczynku „Półkolonie z ORKĄ” oraz informacją o przetwarzaniu danych osobowych.**

**Jesteśmy/jestem świadomi/świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.**

……………………………….. ………………………………………….

 (data) (podpis rodziców)

1. **KLAUZULA INFORMACYJNA DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW UCZESTNIKÓW WYPOCZYNKU „ Pólkolonie z Orką 2024”**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetworzeniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), publikacja 4.5.2016 PL Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L.2016.119.1

Informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest MUKS”ORKA „ w LUBARTOWIE .
2. Celem zbierania i przetwarzania danych jest realizacja zadań ustawowych i statutowych organizatora wypoczynku wynikających z uregulowań prawnych.
3. Odbiorcą danych są: upoważnieni pracownicy jednostki organizacyjnej.
4. Okres przetwarzania danych ucznia (oraz jego opiekunów prawnych): przechowywane będą zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych.
6. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji zadań statutowych organizatora wypoczynku MUKS Orka w Lubartowie.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Podane dane nie będą podlegały profilowaniu.

**IV. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się:

* Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
* Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………. ………………………………………………..

 (data) (podpis organizatora wypoczynku)

**V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał………………………………………………………………………………………………………………..

(adres miejsca wypoczynku)

Od dnia ……………………………………….. do dnia ………………………………………………..

 ………………………………. ………………………………………………..

 (data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

………………………………. ……………………………………………….. (miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

**VII. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

………………………………. ……………………………………………….. (miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)