1. Informacje o wyjeździe – wypełnia komendant/ka:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Forma: | OBÓZ STAŁY | Adres / trasa / kraj: | NADLEŚNICTWO SMOLARZ, N/J ŁUBIEWO |
| Termin:  | 02-26.07.2025 | Komendant/ka: | JOANNA KORABIK  |

1. Informacje dotyczące uczestnika wypoczynku

– **prosimy uzupełnić wszystkie szare pola i pisać DRUKOWANYMI LITERAMI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię / imiona:  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| Nazwisko:  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| PESEL:  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Data urodzenia (format: DD-MM-RRRR):  |   |   | - |   |   | - |   |   |  |  |
| Ulica, nr domu i nr mieszkania: |  |  |
| Kod pocztowy:  |   |   | - |   |   |   | Miejscowość:  |   |

Kontakt do najbliższego członka rodziny:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko najbliższego członka rodziny  | Numer telefonu  | Adres e-mail  |
|  |  |  |

Informacje o stanie zdrowia:

|  |  |
| --- | --- |
| Na stałe zażywam leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie): | Jestem uczulony/a na: |
|    |    |
| Informacje o diecie, chorobie lokomocyjnej, chorobach przewlekłych, przebytej hospitalizacji z podaniem przyczyny i terminu (jeśli miała ona miejsce w minionym roku), używaniu aparatu ortodontycznego, okularów; występowaniu drgawek, utraty przytomności, zaburzeń równowagi, omdleń, lęków nocnych, moczenia, duszności oraz inne istotne informacje o zdrowiu, **w tym zdrowiu psychicznym**: |
|    |
| Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym: |
|    |
| Szczepienia ochronne (proszę podać **rok szczepienia**): |
|  Tężec: |  |  Błonica: |  |  Inne szczepienia: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opcjonalne zgody uczestnika – **prosimy wpisać X w odpowiednim kwadracie**:  | **TAK**  | **NIE** |
| Wyrażam zgodę na **przetwarzanie podanych w karcie kwalifikacyjnej moich danych osobowych**, zgodnie z zawartą w niniejszej karcie informacją i w wymienionych w niej celach. **Podanie danych we wskazanym zakresie jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zakwalifikowania uczestnika na wypoczynek.** |   |   |
| Wyrażam zgodę na **fotografowanie mnie oraz rejestrowanie audiowizualne** wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej także tych, w których będę uczestniczyć. |  |  |
| Wyrażam zgodę na **użycie mojego wizerunku, w związku z działalnością statutową** prowadzoną przez Związek HarcerstwaRzeczypospolitej, w celach informacyjno-promocyjnych, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 ustawy z dnia4.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006, nr 90, poz. 631 z późn. zm.) bez ograniczeń co do czasu i ilości (np. na publikację na prowadzonej przez ZHR – stronie internetowej, w mediach społecznościowych – w ramach promocji drużyny, szczepu itp.). |  |  |
| Potwierdzam **zapoznanie się z regulaminem uczestnika wypoczynku-** zapoznanie się z regulaminem i jego akceptacja sąniezbędne w celu zakwalifikowania na wypoczynek |  |  |

Oświadczenia uczestnika:

|  |
| --- |
| Oświadczam, że **zapoznałem/am się i akceptuję warunki uczestnictwa** w w/w wypoczynku w podanym terminie i miejscu. |
| Oświadczam, że **znana jest mi specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażam zgodę na udział w zajęciach programowych** prowadzonych tą metodą w trakcie wypoczynku. Znane mi są zasady ideowe oraz wymagania regulaminowe obowiązujące w Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej i zobowiązuję się do ich przestrzegania. |
| Oświadczam, że **podałem wszystkie znane mi informacje o stanie mojego zdrowia**, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi, a nie ujawnionych chorób.W razie zagrożenia mojego życia i pozostawania w stanie nieświadomości, wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez personel służby zdrowia. Wyrażamy zgodę na przeglądy czystości skóry głowy przed wyjazdem i podczas wypoczynku. Wyrażam zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia przez personel medyczny. |
| Zobowiązuję się do **uiszczenia składki programowej** związanej z uczestnictwem w działaniach programowych ZHR w trakcie wypoczynku w wysokości ustalonej przez organizatora. Wyrażam zgodę na to, aby w wypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających wypoczynek lub nie zgłoszenia się na wypoczynek, została mi zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50% tej składki). |
| Wyrażam zgodę na **pozostawienie organizatorowi salda poobozowego** w formie darowizny na działalność statutową organizatora. W przypadku, gdy kwota ta będzie wyższa niż 10% składki programowej, zostanie ona zwrócona niezależnie on niniejszej zgody. |
| Administratorem danych osobowych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej Okręg Małopolski z siedzibą w Krakowie przy ul. Grzegórzeckiej 45-47 (email: malopolska@zhr.pl, iod@malopolska.zhr.pl). Współadministratorem tych danych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej (ZHR) z siedzibą w Warszawie przy ul. Litewskiej 11/13 (email: iod@zhr.pl). ZHR Okręg . Małopolski jest jednostką organizacyjną ZHR. Podane dane osobowe będą przetwarzane na potrzeby oraz w celu: przyjęcia zgłoszenia, zorganizowania i zrealizowania wypoczynku, dokonania niezbędnych rozliczeń, ewaluacji, archiwizacji kart kwalifikacyjnych itp. oraz zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zg. z ustawą z 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz.2135 z późn. zm.). Imię, nazwisko, PESEL oraz dane kontaktowe będą również przetwarzane celem aktualizacji tych danych w kartotekach członków ZHR. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust 1 lit. a), b), c), f ) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) oraz zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000). W przypadku danych o zdrowiu dziecka, które stanowią szczególną kategorię danych osobowych, podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. a) RODO. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie osoby, których dane dotyczą; członkowie ZHR odpowiedzialni za wypoczynek i działalność jednostki organizacyjnej uczestnika; podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w realizacji usług, gdy ich realizacja tego wymaga (np. ubezpieczyciel). Dane przetwarzane dla celów związanych z realizacją wypoczynku będą przetwarzane przez czas organizacji, trwania i rozliczania danego wypoczynku, natomiast dane przetwarzane dla celów rozliczeń i archiwizacji będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami państwowymi oraz instrukcjami wewnętrznymi ZHR. Uczestnik posiada prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody (jeżeli została wyrażona) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania. Ma także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. |
| Data: |  | Czytelny podpis uczestnika: |   |

1. Decyzja o kwalifikacji uczestnika (wypełnia komendant/ka)

|  |
| --- |
| Postanawia się (proszę wpisać X w odpowiednim kwadracie:):Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |
| Data: |  | Podpis komendanta/ki (kierownika wypoczynku): |  |

1. Potwierdzenie pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku (wypełnia komendant/ka)

|  |
| --- |
| Uczestnik przebywał na wypoczynku w (miejsce i adres wypoczynku) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .w terminie od . . . . . . . . . . . . . . do . . . . . . . . . . . . . . . . . |
| Data: |  | Podpis komendanta/ki (kierownika wypoczynku): |  |