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 – wypełniają rodzice / opiekunowie prawni

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

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

Dane kontaktowe rodziców / opiekunów prawnych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego  | Numer telefonu  | Adres e-mail  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Adres pobytu rodziców / opiekunów prawnych – jeżeli jest taki sam, jak adres podany powyżej, prosimy wpisać „jw.”:  |
|  |

Informacje o stanie zdrowia dziecka:

|  |  |
| --- | --- |
| Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie): | Dziecko jest uczulone 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 dziecka, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:  |
|  |
| Szczepienia ochronne (proszę podać **rok szczepienia**):  |
| Tężec:  |  |  Błonica:  |  |  Inne szczepienia: |  |

Inne istotne informacje – pole opcjonalne (jeśli nie dotyczy, proszę wpisać „nd”):

|  |
| --- |
| Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . i wobec tego do wiadomości organizatora załączam kopię stosownego orzeczenia.  |
| Inne istotne informacje: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opcjonalne zgody rodziców / opiekunów prawnych – **prosimy wpisać X w odpowiednim kwadracie**:  | **TAK** | **NIE** |
| Wyrażamy zgodę na **przetwarzanie podanych w karcie kwalifikacyjnej danych osobowych** naszych i dziecka, którego jesteśmy prawnymi opiekunami, 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.**  |  |  |
| Wyrażamy zgodę na **fotografowanie naszego dziecka oraz rejestrowanie audiowizualne** wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej także tych, w których uczestniczyć będzie nasze dziecko.  |  |  |
| Wyrażamy zgodę na **użycie wizerunku naszego dziecka, w związku z działalnością statutową** prowadzoną przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej, w celach informacyjno-promocyjnych, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 ustawy z dnia 4.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r., 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.).  |  |  |
| Potwierdzamy **zapoznanie się z regulaminem uczestnika wypoczynku-** zapoznanie się z regulaminem i jego akceptacja sąniezbędne w celu zakwalifikowania uczestnika na wypoczynek |  |  |

Obowiązkowe oświadczenia i zgody rodziców / opiekunów prawnych:

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że **zapoznaliśmy się i akceptujemy warunki uczestnictwa** naszego dziecka w w/w wypoczynku w podanym terminie i miejscu.  |
| Oświadczamy, że **znana jest nam specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażamy zgodę na udział dziecka w zajęciach** programowych prowadzonych tą metodą w trakcie wypoczynku.  |
| Oświadczamy, że **podaliśmy wszystkie znane nam informacje o stanie zdrowia dziecka**, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków. Wyrażamy zgodę na przeglądy czystości skóry głowy naszego dziecka przed wyjazdem i podczas wypoczynku. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez personel medyczny. Wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka przez personel medyczny.  |
| Zobowiązujemy się do **uiszczenia składki programowej** związanej z uczestnictwem dziecka w działaniach programowych ZHR w wysokości ustalonej przez organizatora. Wyrażamy zgodę na to, aby w wypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających wypoczynek lub nie zgłoszenia się dziecka na wypoczynek, została nam zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50% tej składki).  |
| Wyrażamy 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 od 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 rodziców / opiekunów prawnych: |  |

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): |  |

1. Informacje o stanie zdrowia uczestnika podczas wypoczynku: chorobach, urazach, leczeniu itp., (proszę wpisać X w odpowiednim kwadracie:)

|  |
| --- |
| Brak zdarzeń medycznych Wystąpiły następujące zdarzenia medyczne: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
| Data: |  | Podpis komendanta/ki (kierownika wypoczynku) lub osoby sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku: |  |

1. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy o uczestniku podczas trwania wypoczynku (wypełnia wychowawca)

|  |
| --- |
| Brak uwag Poczyniono następujące spostrzeżenia: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . .  |
| Data: |  | Podpis wychowawcy: |  |