#### *Załącznik nr 4 do Regulaminu*

#### KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

**Półkolonie z Eagle-Orzeł**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku /właściwe zaznaczyć znakiem „X”

🞏kolonia 🞏biwak

🞏zimowisko X półkolonia

🞏obóz

🞏inna forma wypoczynku NIE DOTYCZY

2. Termin wypoczynku  **26 CZERWCA – 7 LIPCA 2023 r.**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Suwalski Ośrodek Kultury, ul. Jana Pawła II 5,16-400 Suwałki

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym NIE DOTYCZY

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą NIE DOTYCZY

Suwałki, …………………….…… ……………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

niezbędne do zapewnienia odpowiedniej opieki i bezpieczeństwa Uczestnikowi w trakcie trwania wypoczynku

1. Imię (imiona) i nazwisko …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………2. Imiona i nazwiska rodziców …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………3. Rok urodzenia …………………………………………………….……………………….

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku ………………………..……….…………………

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

…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....…………………………………………………………………

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku ………………………..……….……………………

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

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

9. 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, iż zapoznałem/łam się z Regulaminem półkolonii oraz Ogólną Klauzulą Informacyjną SK KOSTROMA. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym oraz wizerunku dla potrzeb niezbędnych do realizacji wypoczynku w szczególności przeprowadzenia procesu rekrutacji, a także w celu rachunkowym, archiwizacyjnym oraz marketingowym zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018. poz. 1000).**

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

 (miejscowość, data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się/właściwe zaznaczyć znakiem/:

🞏 zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

🞏 odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu .....................................................................................................................................................

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

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

 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywa(adres miejsca wypoczynku) .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .....................................................................................................................................................od dnia/dzień, miesiąc, rok/........................ do dnia /dzień, miesiąc, rok/..............................

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

 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

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

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

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

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

 (miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)