|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | | | | |  |  |  |
| **I. Informacje o wyjeździe** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (forma wypoczynku: ferie, wakacje, itp..) | | Stała | | Adres: | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | |  |
| Termin: | |  | | | Kierownik wypoczynku: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II. Informacje dotyczące uczestnika -** prosimy wypełniać drukowanymi literami (wypełniają rodzice/opiekunowie prawni) | | | | | | |  |  |  |  |
| Imiona i nazwisko: | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL: | | | **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | Data urodzenia: | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania: | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Imię i nazwisko | | | Telefon, e-mail | | |  |
| Dane kontaktowe rodziców (opiekunów prawnych): | | | |  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres pobytu rodziców (opiekunów prawnych):  prosimy podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania dziecka | | | |  | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym: | | | | | | |  | | |  |
| Informacje o stanie zdrowia dziecka (proszę podać **wszystkie istotne informacje**) | | | | | | | | | |  |
| Dziecko jest uczulone na: | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Informacje o diecie, chorobie lokomocyjnej, chorobach przewlekłych, przebytej hospitalizacji (proszę podać przyczynę i termin pobytu, jeżeli dziecko w przeciągu minionego roku przebywało w szpitalu), użytkowaniu aparatu ortodontycznego, okularów itp.; występowaniu drgawek, utraty przytomności, zaburzeń równowagi, omdleń, lęków nocnych, moczenia, duszności itp. oraz inne istotne informacje o zdrowiu: | | | | | | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecone dawkowanie): | | | |  | | | | | |  |
| Informacje o przebytych szczepieniach (proszę podać rok szczepienia) | | | | | | | | | |  |
| Tężec: |  | Błonica: |  | Dur: |  | Inne szczepienia: |  | | |  |
| **Oświadczenia rodziców:** | | | | | | | | | |  |
| *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 chrześcijańską 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. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez personel służby zdrowia oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.* | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Wyrażamy zgodę / Nie wyrażamy zgody\* na transportowanie mojego dziecka podczas wyżej wymienionej formy wypoczynku pojazdami według rozeznania Braci Mniejszych kapucynów - Prowincja Krakowska, będących kadrą wypoczynku* | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Wyrażamy zgodę / Nie wyrażam zgody\* na zamieszkiwanie mojego dziecka w jednym domu, (jeśli warunki na to pozwalają to w osobnym pomieszczeniu) wraz z braćmi z Zakonu Braci Mniejszych Kapucynów - Prowincjii Krakowskiej. Podpisanie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zakwalifikowania uczestnika na wypoczynek.* | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Zgodnie z art. 8 ust. 1 Dekretu ogólnego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w Kościele katolickim wydanym przez Konferencję Episkopatu Polski w dniu 13 marca 2018 r. (dalej: Dekret) oraz 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) [RODO] informuję, że: 1) administratorem Pani/Pana dziecka/podopiecznego danych osobowych jest Zakon Braci Mniejszych Kapucynów – Prowincja Krakowska ul. Grzegorza Korzeniaka 16, 30-298 Kraków; 2) Administrator danych posiada Inspektora Ochrony Danych (ul. Grzegorza Korzeniaka 16, 30-298 Kraków, mail: piod@kapucyni.pl tel.: 12 62 383 79); 3) Pani/Pana dziecka/podopiecznego dane osobowe przetwarzane będą w celu organizacji wypoczynku chrześcijańskiego organizowanego przez Zakon Braci Mniejszych Kapucynów – Prowincję Krakowską (dalej: wypoczynek chrześcijański); w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku chrześcijańskiego; w celach statystycznych; w celu zapewnienia stosownego ubezpieczenia (wtedy stosowne dane zostaną przekazane ubezpieczycielowi); w celu zapewnienia oraz rozliczenia dotacji (jeżeli będą wnioskowane). Zdjęcia oraz filmy utrwalone podczas wypoczynku chrześcijańskiego będą wykorzystane w celu informowania o wydarzeniu poprzez media oraz media społecznościowe (Facebook, Instagram, etc.) oraz promowania wypoczynku chrześcijańskiego we wszelkiego rodzaju mediach; 4) podstawą przetwarzania tych danych jest Pani/Pana zgoda; 5) odbiorcą Pani/Pana dziecka/podopiecznego danych osobowych jest Zakon Braci Mniejszych Kapucynów – Prowincja Krakowska; 6) Pani/Pana dziecka/podopiecznego dane osobowe nie będą przekazywane do publicznej kościelnej osoby prawnej mającej siedzibę poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 7) Pani/Pana dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przechowywane przez okres sześciu lat; 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści Pani/Pana dziecka/podopiecznego danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania zgodnie z Dekretem; 9) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Kościelnego Inspektora Ochrony jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dziecka/podopiecznego dotyczących narusza przepisy dekretu (Skwer kard. Stefana Wyszyńskiego 6, 01-015 Warszawa, kiod@episkopat.pl).; 10) podanie przez Pani/Pana dziecka/podopiecznego danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla celów organizacji wypoczynku chrześcijańskiego, w celach statystycznych; zdjęcia oraz filmy utrwalone podczas wypoczynku będą wykorzystane w celu informowania o wydarzeniu poprzez media oraz media społecznościowe (Facebook, Instagram, etc.) oraz promowania idei wypoczynku we wszelkiego rodzaju mediach* | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Wyrażamy zgodę / Nie wyrażamy zgody\* na przetwarzanie podanych w karcie kwalifikacyjnej danych osobowych naszych i dziecka, którego jesteśmy prawnymi opiekunami, zgodnie z powyższą informacją i w wymienionych w niej celach. Podanie danych we wskazanym zakresie jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zakwalifikowania uczestnika na wypoczynek.* | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Wyrażamy zgodę / Nie wyrażamy zgody\* na fotografowanie naszego dziecka oraz rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z akcjami organizowanymi przez Zakon Braci Mniejszych Kapucynów - Prowincji Krakowskiej, także tych, w których uczestniczyć będzie nasze dziecko.* | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Wyrażamy zgodę / Nie wyrażamy zgody\* na użycie wizerunku naszego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Zakon Braci Mniejszych Kapucynów-Prowincii Krakowskiej, w celach informacyjnopromocyjnych, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 .02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 z późn. zm) bez ograniczeń co do czasu i ilości (np. na publikację na prowadzonej przez Zakon Braci Mniejszych Kapucynów - Prowincji Krakowskiej, stronie internetowej, w mediach społecznościowych itp.).* | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |  |
| *Data* | | | | *Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych* | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IIa. Inne istotne informacje** (wypełniają rodzice/opiekunowie prawni, jeśli istnieją takie informacje) | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z …………………………………………  i wobec tego do wiadomości organizatora załączam kopię stosownego orzeczenia. | | | | | | | | *Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych* | |  |
| Inne: | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....……….……………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....……….……………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....……….……………  ………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………  ……………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….……………  …………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….……………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………….…………… | | | | | | | *Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych* | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III. Decyzja o kwalifikacji uczestnika** (wypełniaja kierownik wypoczynku) | | | | | | | | | |  |
| Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na obóz/kolonię/zimowisko (wypoczynek) / odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu\*:…………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | *Data Podpis   (kierownika wypoczynku)* | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IV. Potwierdzenie pobytu uczestnika na obozie/kolonii/zimowiska (wypoczynku)** (wypełniaja kierownik wypoczynku) | | | | | | | | | |  |
| Uczestnik przebywał na obozie/kolonii/zimowisku (wypoczynku) w …………………………….………………………… od dnia ........................... do dnia ............................ 20…...... r. | | | | | | | | *Data Podpis   (kierownika wypoczynku)* | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **V. Informacje o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wypoczynku -** (zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)  (wypełnia osoba spraująca opiekę medyczną lub kierownik wypoczynku, jeżeli uczestnik doznał urazu, uległ wypadkowi lub był poddany leczeniu) | | | | | | | | | |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………….…………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………….…………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….…………………  …………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………….…………………  …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………  …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….……………………….…………………  ……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….…………………………………………….…………………  ………………………………………….…………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….…………………  …………………….…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………….………………… | | | | | | | | *Data oraz podpis osoby sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku lub  kierownika wypoczynku* | |  |
| ***Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka*** | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VI. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy-instruktora o uczestniku podczas trwania wypoczynku** (wypełnia brat kapucyn lub wskazany przez kierownika wypoczynku wychowawca, jeżeli poczynione zostały ważne spostrzeżenia) | | | | | | | | | |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………….…………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………….…………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….…………………  …………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………….…………………  …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………  …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….……………………….…………………  ……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….…………………………………………….………………… | | | | | | | | *Data Podpis   (kierownika wypoczynku)* | |  |