

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU (wypełnia organizator)

1. Forma wypoczynku¹⁾

- ☐ kolonia
☐ zimowisko
☐ obóz
☐ biwak
☒ półkolonia
☐ inna forma wypoczynku
(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku –

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

OSRODEK MEDINCUS ACTIVE, Kajetany, ul. Mokra 1, 05-830 Nadarzyn

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym²⁾

Nie dotyczy

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą

Nie dotyczy

Kajetany,

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (wypełnia rodzic/opiekun)

Imię (imiona) i nazwisko

.....

Imiona i nazwiska rodziców

.....

.....

3. Rok urodzenia

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres zamieszkania

Adres zamieszkania lub pobytu rodziców³⁾

.....

.....

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

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

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe 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

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU (wypełnia organizator)

Postanawia się¹⁾:

☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU (wypełnia organizator)

Uczestnik przebywał
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(data) (podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE (wypełnia organizator)

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

Kajetany,
(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (wypełnia organizator)

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

Kajetany,
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

- 1) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”.
- 2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.
- 3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

INFORMACJE RODO

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz Pani/Pana dziecka jest Skarmed Sp. z o.o. z siedzibą w Kajetanach, ul. Mokra 1, 05-830 Nadarzyn, właściciel Ośrodka Medincus Active w Kajetanach.

- Pani/Pana dane oraz dane dziecka będą przetwarzane w celu umożliwienia uczestnictwa Pani/Pana dziecka w półkoloniach letnich przez okres niezbędny dla realizacji tego celu.

- Przetwarzanie w/w danych osobowych będzie odbywać się na podstawie art. 6 pkt 1 lit. b) Rozporządzenia 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) (Dz. Urz. UE L nr 119 str. 1) („RODO”) w celu realizacji i obsługi Umowy – Karta kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku, zawartej pomiędzy Panią/Panem a Administratorem Danych oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b) RODO w zakresie danych wrażliwych.

- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

- Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe, nie przekazuje Państwa danych innym podmiotom oraz nie przekazuje ich po za Unię Europejską.

- Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do umożliwienia uczestnictwa mojego dziecka w półkoloniach oraz zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 poz. 1000))

Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane instruktorom prowadzącym zajęcia w ramach półkolonii letnich 2026 r. organizowanych przez Administratora.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu realizacji półkolonii przez Ośrodek Medincus Active.

.....
(data) (podpis rodzica lub opiekuna)

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na umieszczanie zdjęć zawierających wizerunek mojego dziecka na stronie internetowej <http://medincusactive.pl>, profilu internetowym facebook **Ośrodka Medincus Active** oraz wewnętrznym wyświetlaczu LCD.

Wizerunek może być zestawiony z wizerunkami innych osób lub być poddany modyfikacjom, potrzebnym do publikacji, a polegający na jego obróbce graficznej (retusz, zmiana kadrowania) z zastrzeżeniem, że te zmiany i modyfikacje nie mogą zniekształcać Wizerunku.

W związku z korzystaniem lub rozpowszechnianiem przez Administratora Wizerunku, Administrator nie może udzielać osobom trzecim zgody na korzystanie lub rozpowszechnianie Wizerunku w ramach powyższego obszaru publikacji.

*niepotrzebne skreślić

.....
(data) (podpis rodzica lub opiekuna)

3. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przetwarzanie przez Skarmed sp. z o.o. moich danych osobowych w postaci adresu poczty elektronicznej w celu przysyłania mi informacji marketingowych dotyczących produktów i usług oferowanych przez Skarmed sp. z o.o., właściciela Ośrodka Medincus Active za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosownie do treści przepisu art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

*niepotrzebne skreślić

.....
(data) (podpis rodzica lub opiekuna)