**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

Kartę wypełnia rodzic/opiekun i wysyła skan/zdjęcie na adres: [zima2024@sp2zabki.pl](mailto:zima2024@sp2zabki.pl)   
w terminie zgodnym z harmonogramem zapisów.

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: „Zima w mieście 2024”

2. Adres: Szkoła Podstawowa nr 2 im. Jana Kochanowskiego w Ząbkach, ul. Batorego 11

3.Termin wypoczynku: **15-19 stycznia 2024r w godz. 7.00-17.00**

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko .........................................................................................................................................................

2. Imiona i nazwiska rodziców   
….....................................................................................................................................................

3. Rok urodzenia/ klasa/szkoła  
….....................................................................................................................................................

4. Adres zamieszkania uczestnika  
….....................................................................................................................................................

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców w czasie trwania wypoczynku  
….....................................................................................................................................................

6. Numer telefonu rodziców ............................................................................................................

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

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

8. 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)

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

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec.....................błonica .........................dur ........................... inne..........................................

numer PESEL uczestnika wypoczynku  
…...............................................................................................................................................................

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**III. INFORMACJE DODATKOWE**

**1.**Dziecko będzie odbierane przez: **rodziców, opiekunów, wraca samodzielnie**

(proszę podkreślić wybraną odpowiedź i podać imię i nazwisko oraz numer dowodu osobistego każdej z osób odbierających dziecko

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... **2.**Dziecko będzie przebywać na zajęciach w podanych dniach i godzinach:

|  |  |
| --- | --- |
| Dzień tygodnia | godziny |
| 15.01.2024 (pn) |  |
| 16.01.2024 (wt) |  |
| 17.01.2024 (śr) |  |
| 18.01.2024 (czw.) |  |
| 19.01.2024 (pt) |  |

**3.** Dziecko będzie brało udział w wybranych wycieczkach/wyjściach/ warsztatach

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wycieczka/zajęcia na terenie szkoły** | **TAK/NIE** |
| 15.01.2024 (pn) | Multikino Targówek |  |
| 16.01.2024 (wt) | Muzeum Flipperów |  |
| 17.01.2024 (śr) | Muzeum Iluzji |  |
| 18.01.2024 (czw.) | Planetarium „Księżyc i Słońce” |  |
|  |  |  |

4. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z regulaminem akcji „ZIMA W MIEŚCIE 2024”

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

(data) (czytelny podpis matki, ojca lub opiekuna)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Postanawia się:

* zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
* odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu na............................

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Uczestnik przebywał w Szkole Podstawowej nr2 w Ząbkach podczas „Zimy w mieście 2024”

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

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* Bez zastrzeżeń
* Inne informacje.................................................................................................................

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

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VII.INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

* Bez zastrzeżeń
* Inne informacje.................................................................................................................

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Administratorem danych osobowych zawartych w niniejszej karcie jest Szkoła Podstawowa nr 2 im. J. Kochanowskiego   
w Ząbkach, z siedzibą przy ul. Batorego 11, 05-091 Ząbki. Dane te przetwarzane są wyłącznie w celu niezbędnym   
do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka, będącego uczestnikiem wypoczynku. Pełny obowiązek informacyjny został zamieszczony na stronie internetowej szkoły.  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VIII.ADNOTACJE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ KARTĘ**

Wpłynęło .............................................../ karta „Jestem z Ząbek”....................................................

(data, podpis) / tak/nie, podpis

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU I SYLWETKI DZIECKA i DANYCH OSOBOWYCH SZCZEGÓLNYCH KATEGORII**

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie zdjęć i filmów z wizerunkiem, głosem  
i sylwetką mojego dziecka przez Szkołę Podstawową nr2, ul. Batorego 11, 05-091 Ząbki zarejestrowanych podczas zajęć organizowanych przez szkołę podczas akcji „Zima w mieście 2024”

i zamieszczenie ich: (należy zaznaczyć X w kratce wyboru)

[ ] na stronie internetowej szkoły

[ ] prasie i mediach lokalnych

[ ] gazetce szkolnej

[ ] kronice szkolnej

[ ] tablicach szkolnych

[ ] materiałach promocyjnych szkoły

[ ] ….......inne.............

bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia.

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie, obróbkę i powielenie wykonanych zdjęć, nagrań  
i filmów. Oświadczenie moje ważne jest na cały okres uczestnictwa dziecka w akcji   
„Zima w mieście 2024” w Szkole Podstawowej nr2 w Ząbkach. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wycofania niniejszej zgody w dowolnym momencie, w dowolnej formie, a jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

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

(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Administratorem danych osobowych w postaci wizerunku, sylwetki dziecka jest Szkoła Podstawowa nr2 w Ząbkach. Obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego  
i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. zostaje spełniony poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej szkoły. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Radosławem Wasilewskim pod numerem telefonu: 783-220-250.