

**V. INNE UWAGI DO ORGANIZATORA:**

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

**VI. O Ś W I A D C Z E N I E UCZESTNICZKI**

1. Będę przestrzegała zasad ustalonych przez Organizatora Wakacji z Bogiem, w innym przypadku mogę zostać .
2. W przypadku nieprzewidzianych zdarzeń, nie wynikających z winy organizatora, związanych z żywiołami np. pożar, wypadek komunikacyjny i podobne zdarzenia nie będę wносиła roszczeń do organizatora wypoczynku.
3. Zobowiązuję się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za wyrządzone przeze mnie szkody.
4. W razie zagrożenia zdrowia i życia, zgadzam się na konsultację lekarską.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby obsługi wypoczynku zgodnie ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.

.....  
(data)

.....  
(podpis)

**Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia Św. Wincentego a Paulo  
ul. Dominikańska 40, 86-200 Chelmno**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA „WAKACJI Z BOGIEM”**

1. Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia, Prowincji Chełmińsko-Poznańskiej
2. Adres placówki: **ul. Kościelna 1, 83-311 Ostrzyce**
3. Czas trwania: **od 6 do 18 lipca 2019 r.**

**II. INFORMACJE O UCZESTNICZCE REKOLEKCJI**

Imię i nazwisko.....

Nr telefonu.....

<b>PESEL:</b>																			
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: ..... data urodzenia

ulica: .....miejsowość: .....

Kod:..... Poczta: .....

Nazwa i adres szkoły, uczelni / zakładu pracy:  
.....  
.....

Imiona i nazwiska rodziców: .....

Telefon kontaktowy matka: .....

Telefon kontaktowy ojciec: .....

Nr ubezpieczenia szkolnego NNW lub uczelni / zakładu pracy

.....

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w rekolekcjach za odpłatnością w wysokości **300 zł.**

### III. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA I SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH / ZALECENIACH

(np. uczulenia, choroby przewlekłe, przyjmowanie leków na stałe, itp.)

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

STWIERDZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI I DOKONAŁAM ŚWIADOMEGO WYBORU ORAZ **PODAŁAM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE**, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MI WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW.

.....  
(podpis)

### IV. INFORMACJA PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

Szczepienia zostały dokonane zgodnie z kalendarzem szczepień

.....  
(data)

.....  
(podpis)

### IV. ZEZWOLENIE NA WYKORZYSTANIE I ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU

\* **niepotrzebne skreślić**

Na podstawie art. 81 ust. 1. ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (j.t. Dz.U. z 2017 r. poz. 880 ze zm.)

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na nieodpłatne udostępnienie mojego wizerunku na rzecz Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo w formie wizualnej i audiowizualnej wykonanego podczas Wakacji z Bogiem. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie i powielanie, przetwarzanie oraz obróbkę zdjęcia (lub utworu audiowizualnego) za pośrednictwem dowolnego medium w dowolnym celu zgodnym z obowiązującym prawem kanonicznym i prawem polskim, włączając w to publikację w prasie, na folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych, portalach społecznościowych.

Oświadczam, że niniejsza zgoda do ww. celów następuje bez ograniczeń czasowych i terytorialnych, w szczególności zgoda do ww. celów obejmuje także okres po zakończeniu „Wakacji z Bogiem”.

Oświadczam, że posiadam, że zapoznałem/łam się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

.....  
(podpis)

Oświadczam, iż zapoznałam(em) się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych zamieszczoną na stronie internetowej [www.szarytki.chelmnosm.pl](http://www.szarytki.chelmnosm.pl) zakładka: dla młodych

.....  
(podpis)