

V. INNE UWAGI O DZIECKU DO ORGANIZATORA:

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

VI. O Ś W I A D C Z E N I E RODZICÓW / OPIEKUNA

1. Córka będzie przestrzegała zasad ustalonych przez organizatora wakacji z Bogiem, w innym przypadku rodzic/opiekun prawny będzie proszony o odebranie dziecka.
2. W przypadku nieprzewidzianych zdarzeń, nie wynikających z winy organizatora, związanych z żywiołami np. pożar, wypadek komunikacyjny i podobne zdarzenia nie będę wnosil roszczeń do organizatora wypoczynku.
3. Zobowiązuję się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za szkody wyrządzone przez moje dziecko.
4. W razie zagrożenia zdrowia i życia dziecka, zgadzam się na skorzystanie z porady lekarza.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka na potrzeby obsługi wypoczynku zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów)

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

I. INFORMACJA ORGANIZATORA „WAKACJI Z BOGIEM”

1. Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia, Prowincji Chełmińsko-Poznańskiej
2. Adres placówki: **ul. Mariacka 24/28, 61-012 Poznań**
3. Czas trwania: **od 1 do 5 sierpnia 2020 r.**

II. INFORMACJE O UCZESTNICZCE REKOLEKCJI

Imię i nazwisko dziecka

PESEL:										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
data urodzenia

Adres zamieszkania

ulica: miejscowość:

Kod:..... Poczta:

Nazwa i adres szkoły

.....

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka

.....

Telefon kontaktowy matka:

Telefon kontaktowy ojciec:

Nr ubezpieczenia szkolnego NNW

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

Verte

III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA I SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH / ZALECENIACH

(np. uczulenia, choroby przewlekłe, przyjmowanie leków na stałe, czy dziecko ma czystą głowę, itp.)

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

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

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów)

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

Szczepienia zostały dokonane zgodnie z kalendarzem szczepień

.....
(data)

.....
(podpis)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy)

IV. ZEZWOLENIE NA WYKORZYSTANIE I ROZPOWSZECZNIANIE 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 wizerunku mojego dziecka 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 władzę rodzicielską oraz, że zapoznałem/łam się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

.....
(podpis rodzica / opiekuna)

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

.....
(podpis rodzica / opiekuna)