

**VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU
DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

VII. PROGRAM I REGULAMIN

Zapoznałem/am się z regulaminem „Wakacji z Bogiem”, w których moje dziecko będzie brało udział i w pełni akceptuję ich postanowienia.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekuna prawnego)

VIII. ZEZWOLENIE NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Niniejszym nieodpłatnie zgadzam się na pozyskanie i nieodpłatnie zezwalam na udostępnienie wizerunku mojego dziecka na rzecz Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo Prowincja Chełmińsko-Poznańska w formie wizualnej i audiowizualnej wykonanego podczas „Wakacji z Bogiem”, w których moje dziecko będzie brało udział.

Zezwalam także nieodpłatnie na wykorzystanie, utrwalanie i powielanie, przetwarzanie oraz obróbkę zdjęcia lub utworu audiowizualnego z wizerunkiem mojego dziecka za pośrednictwem dowolnego medium w celu dokumentowania „Wakacji z Bogiem” oraz promowania działalności ww. Zgromadzenia, włączając w to publikację w telewizji, Internecie, czasopiśmie, folderach i publikacjach elektronicznych, radiu. Zgodę wyrażam bez ograniczeń czasowych i terytorialnych.

Przyjmuję, że wizerunek mojego dziecka, jako dane osobowe będzie przetwarzany zgodnie z Klauzulą informacyjną, z którą się zapoznałem/łam.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekuna prawnego)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku

- kolonia
- zimowisko
- obóz
- biwak
- półkolonia
- inna forma wypoczynku

2. Termin wypoczynku 16.08.2024 – 22.08.2024r.

**3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku 83-311 Ostrzyce,
ul. Kościelna 1 „OSTRZYK”**

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym.....

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

.....

3. Rok urodzenia.....

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

5. Adres zamieszkania

.....

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....
.....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki:

.....
.....

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

.....
.....

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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 wycieczki)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się¹):

Zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

Odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....
.....

(data)

(podpis organizatora wycieczki)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał

.....
.....
(adres miejsca wycieczki)

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

.....
.....
(data) (podpis kierownika wycieczki)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis kierownika wycieczki)