**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI WYPOCZYNKU**

1. **INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Forma wypoczynku: | Półkolonie „Ferie zimowe z Buzzem Astralem i Chudym” | |
|  | Adres głównego organizatora: | Gminny Ośrodek Kultury w Suszcu, ul. Ogrodowa 22, 43-267 Suszec | |
|  | Czas trwania półkolonii: | 🞏 I turnus: 16 – 20.01.2023 | 🞏 II turnus: 23 – 27.01.2023 |

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI WYPOCZYNKU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko dziecka: |  | | | | | | | | | | |
|  | Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych: |  | | | | | | | | | | |
|  | Data urodzenia dziecka: |  | | | | | | | | | | |
|  | Adres zamieszkania: |  | | | | | | | | | | |
|  | Nazwa i adres szkoły: |  | | | | | | | | | | |
|  | Klasa: |  | | | | | | | | | | |
|  | Adres rodziców / opiekunów dziecka przebywającego na wypoczynku: |  | | | | | | | | | | |
|  | Numer telefonu rodziców / opiekunów dziecka: |  | | | | | | | | | | |
|  | Adres e-mail: |  | | | | | | | | | | |
|  | Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika / uczestniczki wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym: |  | | | | | | | | | | |
|  | Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika / uczestniczki wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat słuchowy / ortodontyczny / okulary, itp.), informacja  o chorobach przewlekłych, zwiększających ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19: |  | | | | | | | | | | |
|  | Informacja o szczepieniach ochronnych wraz z podaniem roku: |  | | | | | | | | | | |
|  | - tężec |  | | | | | | | | | | |
|  | - błonica |  | | | | | | | | | | |
|  | - dur |  | | | | | | | | | | |
|  | - inne |  | | | | | | | | | | |
|  | Numer PESEL uczestnika / uczestniczki wypoczynku: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczenie rodziców / opiekunów prawnych**

1. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości **450,00 zł płatne do 09.01.2023 r.,** poprzez system płatności elektronicznych, w kasie Gminnego Ośrodka Kultury w Suszcu lub przelewem na rachunek bankowy Gminnego Ośrodka Kultury w Suszcu nr: 42 8456 1019 2001 0004 0022 0001, BS Żory Oddział w Suszcu.
2. **Wyrażam / nie wyrażam\*** zgodę/-y na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w materiałach promocyjnych (sprawozdania, informacje do prasy itp.) dotyczących Oferty przygotowanej przez organizatora wypoczynku Gminny Ośrodek Kultury w Suszcu.
3. **Wyrażam / nie wyrażam\*** zgodę/-y na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją   
   i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekunów wypoczynku. Jednocześnie nie znam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka w zajęciach, których program i regulamin poznałem / poznałam.
4. **Wyrażam / nie wyrażam\*** zgodę/-y na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami   
   o ochronie danych osobowych przez Gminny Ośrodek Kultury w Suszcu, w celu przesyłania mi informacji   
   o działalności i ofercie Gminnego Ośrodka Kultury w Suszcu. Podanie danych w celach przesłania informacji jest dobrowolne, a klient ma prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawienia i usunięcia.

**Informacja o ochronie danych osobowych:** zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Kultury w Suszcu, z siedzibą przy ulicy Ogrodowej 22, 43-267 Suszec;
2. Inspektor Ochrony Danych: kontakt listowny na adres administratora lub email: iodo@kulturasuszec.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udziału dziecka w półkoloniach na podstawie art. 6 ust 1 pkt a);
4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom;
5. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu cofnięcia zgody, cofnięcie zgody będzie równoznaczne z rezygnacją z półkolonii;
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konieczne aby wziąć udział w półkoloniach;
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

….……….…………………………………………….  
podpis rodzica / opiekuna prawnego

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się:

zakwalifikować i skierować dziecko na półkolonie

|  |
| --- |
|  |

odmówić skierowania dziecka na półkolonie ze względu na:

|  |
| --- |
|  |

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

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

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

**IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na feriach zimowych „Ferie zimowe z Buzzem Astralem i Chudym” w Gminnym Ośrodku Kultury w Suszcu, ul. Ogrodowa 22, 43-267 Suszec od dnia …… stycznia 2023 roku do dnia ...... stycznia 2023 r.

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

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

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI WYPOCZYNKU**

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

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

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

(data) (podpis wychowawcy wypoczynku)