



Karta kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku

I. Informacje o wyjeździe – wypełnia komendant/ka:

Forma:	obóz stały	Adres / trasa / kraj:	Gałęzów, pow. słupski, nad jeziorem Głębokim, 54°16'16.6"N 17°24'51.1"E
Termin:	4-31.07.2024	Komendant/ka:	phm. Michał Maj HR

II. Informacje dotyczące uczestnika wypoczynku – wypełniają rodzice / opiekunowie prawni

– **prosimy uzupełnić wszystkie białe pola i pisać DRUKOWANYMI LITERAMI**

Imię / imiona:																										
Nazwisko:																										
PESEL:											Data urodzenia (format: DD-MM-RRRR):			-			-									
Ulica, nr domu i nr mieszkania:																										
Kod pocztowy:						-				Miejscowość:																

Dane kontaktowe rodziców / opiekunów prawnych:

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego	Numer telefonu	Adres e-mail
Adres pobytu rodziców / opiekunów prawnych – jeżeli jest taki sam, jak adres podany powyżej, prosimy wpisać „jw.”:		

Informacje o stanie zdrowia dziecka:

Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie):	Dziecko jest uczulone na:	
Informacje o diecie, chorobie lokomocyjnej, chorobach przewlekłych, przebytej hospitalizacji z podaniem przyczyny i terminu (jeśli miała ona miejsce w minionym roku), używaniu aparatu ortodontycznego, okularów; występowaniu drgawek, utraty przytomności, zaburzeń równowagi, omdleń, lęków nocnych, moczenia, duszności oraz inne istotne informacje o zdrowiu, w tym zdrowiu psychicznym:		
Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych dziecka, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:		
Szczepienia ochronne (proszę podać rok szczepienia):		
Tęžec:	Błonica:	Inne szczepienia:

Inne istotne informacje – pole opcjonalne (jeśli nie dotyczy, proszę wpisać „nd”):

Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z i wobec tego do wiadomości organizatora załączam kopię stosownego orzeczenia.
Inne istotne informacje:

Opcjonalne zgody rodziców / opiekunów prawnych – **prosimy wpisać X w odpowiednim kwadracie:**

	TAK	NIE
Wyrażamy zgodę na przetwarzanie podanych w karcie kwalifikacyjnej danych osobowych naszych i dziecka, którego jesteśmy prawnymi opiekunami, zgodnie z zawartą w niniejszej karcie informacją i w wymienionych w niej celach. Podanie danych we wskazanym zakresie jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zakwalifikowania uczestnika na wypoczynek.		
Wyrażamy zgodę na fotografowanie naszego dziecka oraz rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej także tych, w których uczestniczyć będzie nasze dziecko.		
Wyrażamy zgodę na użycie wizerunku naszego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej, w celach informacyjno-promocyjnych, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 ustawy z dnia 4.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r., nr 90, poz. 631 z późn. zm.) bez ograniczeń co do czasu i ilości (np. na publikację na prowadzonej przez ZHR – stronie internetowej, w mediach społecznościowych – w ramach promocji drużyny, szczeput itp.).		



Karta kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku

Obowiązkowe oświadczenia i zgody rodziców / opiekunów prawnych:

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy warunki uczestnictwa naszego dziecka w w/w wypoczynku w podanym terminie i miejscu.	
Oświadczamy, że znana jest nam specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażamy zgodę na udział dziecka w zajęciach programowych prowadzonych tą metodą w trakcie wypoczynku.	
Oświadczamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o stanie zdrowia dziecka , które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków. Wyrażamy zgodę na przeglądy czystości skóry głowy naszego dziecka przed wyjazdem i podczas wypoczynku. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez personel medyczny. Wyrażamy zgodę na udzielanie kadry obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka przez personel medyczny.	
Zobowiązujemy się do uiszczenia składki programowej związanej z uczestnictwem dziecka w działaniach programowych ZHR w wysokości ustalonej przez organizatora. Wyrażamy zgodę na to, aby w wypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających wypoczynek lub nie zgłoszenia się dziecka na wypoczynek, została nam zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50% tej składki).	
Wyrażamy zgodę na pozostawienie organizatorowi salda poobozowego w formie darowizny na działalność statutową organizatora (w przypadku, gdy kwota ta będzie wyższa niż 10% składki programowej, zostanie ona zwrócona niezależnie od niniejszej zgody).	
Administratorem danych osobowych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej Okręg Małopolski z siedzibą w Krakowie przy ul. Grzegórzeckiej 45-47 (email: malopolska@zhr.pl, iod@malopolska.zhr.pl). Współadministratorem tych danych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej (ZHR) z siedzibą w Warszawie przy ul. Litewskiej 11/13 (email: iod@zhr.pl). ZHR Okręg Małopolski jest jednostką organizacyjną ZHR. Podane dane osobowe będą przetwarzane na potrzeby oraz w celu: przyjęcia zgłoszenia, zorganizowania i zrealizowania wypoczynku, dokonania niezbędnych rozliczeń, ewaluacji, archiwizacji kart kwalifikacyjnych itp. oraz zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zg. z ustawą z 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz.2135 z późn. zm.)). Imię, nazwisko, PESEL oraz dane kontaktowe będą również przetwarzane celem aktualizacji tych danych w kartotekach członków ZHR. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust 1 lit. a), b), c), f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000). W przypadku danych o zdrowiu dziecka, które stanowią szczególną kategorię danych osobowych, podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. a) RODO. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie osoby, których dane dotyczą; członkowie ZHR odpowiedzialni za wypoczynek i działalność jednostki organizacyjnej uczestnika; podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w realizacji usług, gdy ich realizacja tego wymaga (np. ubezpieczyciel). Dane przetwarzane dla celów związanych z realizacją wypoczynku będą przetwarzane przez czas organizacji, trwania i rozliczania danego wypoczynku, natomiast dane przetwarzane dla celów rozliczeń i archiwizacji będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami państwowymi oraz instrukcjami wewnętrznymi ZHR. Uczestnik posiada prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody (jeżeli została wyrażona) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania. Ma także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.	
Data:	Czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych:

III. Decyzja o kwalifikacji uczestnika (wypełnia komendant/ka)

Postanawia się (proszę wpisać X w odpowiednim kwadracie):	
<input type="checkbox"/>	Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
<input type="checkbox"/>	Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:
Data:	Podpis komendanta/ki (kierownika wypoczynku):

IV. Potwierdzenie pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku (wypełnia komendant/ka)

Uczestnik przebywał na wypoczynku w (miejsce i adres wypoczynku)	
w terminie od do	
Data:	Podpis komendanta/ki (kierownika wypoczynku):

V. Informacje o stanie zdrowia uczestnika podczas wypoczynku: chorobach, urazach, leczeniu itp., (proszę wpisać X w odpowiednim kwadracie):

<input type="checkbox"/>	Brak zdarzeń medycznych
<input type="checkbox"/>	Wystąpiły następujące zdarzenia medyczne:
Data:	Podpis komendanta/ki (kierownika wypoczynku) lub osoby sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku:

VI. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy o uczestniku podczas trwania wypoczynku (wypełnia wychowawca)

<input type="checkbox"/>	Brak uwag
<input type="checkbox"/>	Poczyniono następujące spostrzeżenia:
Data:	Podpis wychowawcy: