

KARTA UCZESTNIKA OBOZU SPORTOWEGO  
.....08.2021 w Tresnej  
organizowanym przez Stowarzyszenie Solne Miasto Wieliczka

**Oświadczenie rodzica (opiekuna)**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem obozu sportowego Solnego Miasta oraz, że dziecko będzie przestrzegać REGULAMINU UCZESTNIKA OBOZU. Zobowiązuję się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za szkody wyrządzone przez moje dziecko. W przypadku drastycznych naruszeń przez nie, REGULAMINU UCZESTNIKA, zobowiązuję się do odbioru dziecka z miejsca zgrupowania sportowego w czasie 24 godzin od momentu zgłoszenia tego faktu przez kadrę szkoleniowo-wychowawczą. Zobowiązuję się, również nie wnosić żadnych roszczeń finansowych do Stowarzyszenia z powodów poniesionych kosztów pobytu dziecka na obozie sportowym.

.....

(data)

.....

(podpis rodziców lub opiekunów)

**I. Dane osobowe uczestnika:**

1. Imię i Nazwisko uczestnika:.....
2. Data i miejsce urodzenia:.....
3. Adres zamieszkania:.....
4. PESEL:.....

**II. Wniosek rodziców (opiekunów) o zakwalifikowanie dziecka na obóz:**

1. Adres rodziców (opiekunów) .....
- .....
2. Telefony kontaktowe do rodziców (opiekunów) .....
- .....
3. Proszę o zakwalifikowanie mojego dziecka na obóz sportowy. Jednocześnie oświadczam, iż znam i akceptuję regulamin obozu.

.....

(data)

.....

(podpis rodziców lub opiekunów)

### III. Informacja rodziców (opiekunów) o dziecku:

1. Przebyte choroby (proszę podać w którym roku życia): odra....., ospa....., różyczka....., świnka....., astma....., padaczka....., choroby.....
2. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie \* : drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, leki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jękanie i inne.....
3. Czy dziecko jest alergikiem lub czy jest na diecie: TAK/NIE \* (jeśli tak to proszę podać na jakie alergeny jest uczulone)

- .....
- .....
4. Jak dziecko znosi podróż? .....
  5. Czy dziecko zażywa leki (jeśli tak proszę podać jakie dawki i kiedy)

- .....
- .....
6. Inne istotne informacje o stanie zdrowia i zachowaniu dziecka niezbędne dla zapewnienia mu właściwej opieki
- .....
- .....

**W razie zagrożenia zdrowia i życia zgadzam się na jego leczenie, leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.**

..... (data) ..... (podpis rodziców lub opiekunów)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (rozporządzenie RODO)).

..... (data) ..... (podpis rodziców lub opiekunów)

#### **IV Klauzula informacyjna oraz zgoda:**

Na podstawie ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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**), informuję Pana/Panią że:

Administratorem Pana/Pani danych osobowych "**STOWARZYSZENIE SOLNE MIASTO WIELICZKA**" z siedzibą ul. Tadeusza Kościuszki nr 15, 32-020 Wieliczka. Numer NIP: **6832101921**.

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonania organizacji i rozliczenia obozu pływackiego.

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą organy upoważnione z mocy prawa.

Dane mogą być także udostępniane podmiotowi świadczącemu na rzecz Administratora obsługę prawną oraz podmiotowi świadczącemu na rzecz Administratora obsługę księgową oraz podmiotom świadczącym usługi w celu realizacji realizacji programu obozu.

Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – PUODO na przetwarzanie przez Administratora Pani/Pana danych osobowych.

Podanie danych osobowych jest warunkiem wykonania usług opisanych w umowie głównej, a niepodanie danych w zakresie wymaganym przez Administratora może skutkować brakiem możliwości realizacji tych usług. Pana/Pani dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).

Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

.....  
Podpis Osoby, której dane dotyczą  
(Podpisują rodzice)

.....  
data, miejsce

#### **Oświadczenie – zgoda na przetwarzanie i wykorzystanie wizerunku dziecka**

Zgodnie z zapisami Ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 (Dz. U. z 2019 r., poz. 1231 z późn. zm.), wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie, wykorzystanie i powielanie zdjęć oraz nagrań video wykonanych podczas **organizowanych obozów przez Stowarzyszenie Solne Miasto Wieliczka**.

Oświadczam, że wyrażenie zgody jest równoznaczne z wykorzystaniem zdjęć i nagrań z wizerunkiem mojego dziecka w materiałach Stowarzyszenia Solne Miasto Wieliczka publikowanych na stronach internetowych oraz innych profilach internetowych

Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka w celach promocyjnych oraz w celach informacyjnych związanych z prowadzoną działalnością przez Stowarzyszenia Solne Miasto Wieliczka poprzez zamieszczenie wizerunku w strukturze obozu, publikację na Facebooku / Fanpage'u promującym Stowarzyszenia Solne Miasto Wieliczka oraz stronach www.

.....  
(Podpisują rodzice)

.....  
data, miejsce

**VI. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku oraz przebytych chorobach w w jego trakcie**

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

.....  
(Podpis kierownika wypoczynku)

.....  
data, miejsce