

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

### I INFORMACJE DOTYCZĄCE OBOZU

- 1. Organizator:** Służba Katechetyczna Kościoła Chrześcijan Baptystów w RP.
- 2. Forma:** Chrześcijański obóz dla młodzieży w wieku 14- 20 lat
- 3. Adres:** Ośrodek Katechetyczno - Wypoczynkowy KCHB w RP, ul. Kościelna 20, 12-140 Świętajno
- 4. Czas trwania obozu:** 28.06 – 04.07. 2020 r.
- 5. Koszt obozu:** 650 zł - do 30.04 , 700 - zł do 31.05, 750 zł - później
- 6. Sposób dowozu i odbioru uczestników:** indywidualnie
- 7. Kierownik obozu:** Małgorzata Poterewicz ul. Klonowa 6 , 22-105 Okszów, tel. 504-079-339, e-mail: [poterki@op.pl](mailto:poterki@op.pl)
- 8. Do dnia 1 czerwca 2020 r. należy:**
  - a).** wysłać kartę kwalifikacyjną na adres kierownika obozu,
  - b)** wpłacić zaliczkę w wysokości 350 zł na konto Służby Katechetycznej KCHB w RP nr 61 1020 2892 0000 5802 0521 6983 z dopiskiem „Wiarygodni 2020”

### II INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Imię (imiona) i nazwisko .....

Pesel |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

Data i miejsce urodzenia .....

1. Imiona rodziców/ opiekunów prawnych .....

2. Adres (ulica) ..... (nr domu) .....  
(kod) ..... (miejscowość) .....

3. Telefon .....  
e-mail .....

4. Wzrost ..... (waga) .....

5. Czy uczestnik jest uczulony na :  
leki .....  
żywność .....  
inne .....

6. Dolegliwości i objawy występujące u uczestnika: omdlenia, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, lęki nocne, moczenie nocne\*, inne .....

7. Przebyte choroby: żółtaczką zakaźną, dur brzuszny, padaczka\*, inne .....

8. Szczepienia (rok podania):  
tęžec .....  
błonica .....  
dur .....  
inne .....

9. Inne uwagi o stanie zdrowia uczestnika:  
Jak znosi jazdę samochodem? DOBRZE/ ŹLE  
Czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach? .....

Czy nosi aparat ortodontyczny bądź okulary .....

**Stwierdzam, że poda/am/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie, a w razie zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, interwencję chirurgiczną.**

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców/opiekunów prawnych  
pełnoletniego uczestnika)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.) ).**

**Zgoda ma charakter dobrowolny. Niewyrażenie zgody wiąże się z brakiem możliwości udziału w obozie. Zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.**

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców/ opiekunów prawnych/  
pełnoletniego uczestnika)

#### **OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1, informujemy, że administratorem danych przetwarzanych w związku z organizacją wypoczynku „Planeta skarbów” jest kierownik obozu, Małgorzata Poterewicz. Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane na potrzeby zorganizowania i przeprowadzenia obozu. Każda osoba udostępniająca swoje dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

**Wyrażam zgodę na nieodpłatną publikację wizerunku dziecka w formie tradycyjnej (album, folder, notatka prasowa) i elektronicznej (prezentacja multimedialna, zamieszczenie na stronie kościoła).**

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców/ opiekunów prawnych/  
pełnoletniego uczestnika )



