

# **KARTA KWALIFIACYJNA UCZESTNIKA OBOZU**

## **Mój Bóg – mój Tato**

### **I. INFORMACJA ORGANIZATORA OBOZU DLA DZIECI, Turnus III AK' 2021**

1. Organizator: Służba Katechetyczna Kościoła Chrześcijan Baptystów w RP
2. Forma: Chrześcijański Obóz dla dzieci w wieku 7 – 14 lat
3. Adres: Ośrodek Katechetyczno-Kolonijny Kościoła Chrześcijan Baptystów w Świętajnie, ul. Kościelna 20, 12-140 Świętajno, Polska
4. Czas trwania obozu: 18-31 lipca 2021 r.
5. Koszt obozu: 1000,- (drugie dziecko z rodziny: 900,-; trzecie: 800,-)
6. Sposób dowozu i odbioru dzieci: indywidualnie (dla dzieci z Krakowa planowany jest autokar)
7. Kierownik obozu: Anna Kuźnik, ul. Spacerowa 16, Rząska, 30-199 Kraków, tel. 608-311-836; e-mail: [anna.kuznik@wp.pl](mailto:anna.kuznik@wp.pl)

**Do dnia 15 czerwca 2021 r., na adres kierownika obozu należy wysłać kartę kwalifikacyjną oraz wpłacić zaliczkę w wysokości 300,- z dopiskiem Turnus AK'21+ imię i nazwisko uczestnika, na konto Służby Katechetycznej KCHB, ul. Waliców 25, 00-865 Warszawa, Nr 61102028920000580205216983 (o kolejności wpisu na listę decyduje data zaliczki)**

(cz. I – wypełniają Rodzice/Prawni Opiekunowie uczestnika obozu)

### **II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Imiona i nazwiska rodziców:
3. Data urodzenia dziecka:
4. Adres zamieszkania dziecka:  
  
Adres e-maili rodzica/prawnego opiekuna:  
  
Numer telefonu rodziców/prawnych opiekunów: Ojciec ....., Matka .....
5. Adres rodziców / opiekunów w czasie pobytu dziecka na obozie:
6. Zaliczkę w wysokości 300 PLN wpłacono dnia .....na konto Służby Katechetycznej KCHB. Zobowiązuję się do uiszczenia pozostałych kosztów obozu w wysokości: 700 PLN (słownie: siedemset złotych) w pierwszym dniu pobytu dziecka na obozie, podczas rejestracji lub przelewem do dnia 15 lipca 2021 r.
7. Informacje niezbędne do sprawowania opieki nad dzieckiem, w szczególności o specyficznych potrzebach w funkcjonowaniu społecznym, oraz o potrzebach wynikających z dysfunkcji lub deficytów:
8. Istotne dane: - o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, stosowanych lekach i diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki, jakie i w jakich dawkach /leki przywiezione na obóz podaje dziecku opiekun medyczny tylko na wyrażone na piśmie życzenie rodziców/, inne)

- o szczepieniach ochronnych (proszę podać rok szczepienia lub dołączyć kserokopię z książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

tężec .....

błonica .....

dur .....

inne .....

- numer PESEL uczestnika wycieczki:

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

**1) STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (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.**

2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do organizacji i realizacji programu obozu, zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia mojego dziecka uczestniczącego w wycieczce (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r., o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm., oraz z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych)

3) Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody na publikację zdjęć mojego dziecka z pobytu na obozie na ulotkach reklamujących obozy, stronie www i FB Ośrodka Świętajno oraz w kronice Ośrodka Świętajno.

Data: ..... Podpis rodziców (prawnych opiekunów): .....

(cz.2 – wypełnia organizator lub kierownik obozu)

### III. **DECYZJA ORGANIZATORA OBOZU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA OBOZU DO UDZIAŁU W OBOZIE**

Postanawia się:

- zakwalifikować uczestnika na obóz;
- odmówić przyjęcia uczestnika na obóz ze względu .....

### IV. **POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE**

Uczestnik przebywał na obozie Chrześcijańskim dla dzieci w Ośrodku Katechetyczno-Kolonijnym Kościoła Chrześcijan Baptystów w Świętajnie, ul. Kościelna 20 od dnia ..... godz. .... do dnia ....., godz. ....

Świętajno dni. .... Podpis kierownika obozu: .....

### V. **INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE** (informacja o zachorowaniach, urazach, leczeniu)

.....  
Miejscowość, Data:

.....  
Podpis kierownika obozu

### VI. **UWAGI WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU NA OBOZIE**