**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU**

**I INFORMACJE DOTYCZĄCE OBOZU**

1. **Forma:** Chrześcijański obóz dla dzieci w wieku 7-13 lat
2. **Adres:** Centrum Chrześcijańskie w Świętajnie, 12-140 Świętajno, ul. Kościelna 20
3. **Czas trwania obozu:** 21.07 – 03.08. 2024 r.
4. **Koszt obozu:** 1500 zł do 30. IV , 1600 zł do 31.V, 1700 zł później
5. **Sposób dowozu i odbioru uczestników:** indywidualnie
6. **Organizator: KCHB w Chełmie**
7. **Kierownik obozu:** Małgorzata Poterewicz ul. Klonowa 6 , 22-105 Okszów,

tel. 504-079-339, e-mail: [poterki@op.pl](mailto:poterki@op.pl),

1. **Link do rejestracji elektronicznej na stronie: baptyści-chelm.pl**
2. **Do dnia 01 czerwca 2024 r. należy:**

**a). wysłać kartę kwalifikacyjną na adres kierownika obozu,**

**b)wpłacić zaliczkę w wysokości 750 zł na konto KCHB w Chełmie**

**numer konta:**

**63 1090 2590 0000 0001 5722 0731 z dopiskiem „Świętajno 2024”**

**10.Rezerwacja miejsca następuje po zarejestrowaniu uczestnika i wpłacie zaliczki.**

**II INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**Imię (imiona) i nazwisko**

**…..............................................................................................................................**

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

Data i miejsce urodzenia

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

1. Imiona rodziców/ opiekunów prawnych

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

1. Adres (ulica) …........................................................................ (nr domu) …...........................

(kod) ….......................................... (miejscowość) …..............................................................

1. Telefon …..................................................................................................................................

e-mail …....................................................................................................................................

1. Wzrost …........................................................... (waga) ….......................................................
2. Czy uczestnik jest uczulony na :

leki ….........................................................................................................................................

żywność ….................................................................................................................................

inne …........................................................................................................................................

1. 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 …...............................

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

1. Przebyte choroby: żółtaczka zakaźna, dur brzuszny, padaczka\*, inne …........................
2. Szczepienia (rok podania):

tężec ….......................................................................................................................................

błonica …...................................................................................................................................

dur ….........................................................................................................................................

inne …........................................................................................................................................

1. 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 podał/am/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogę 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)

**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 poźn. 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)

**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)