

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

### I INFORMACJE DOTYCZĄCE OBOZU

1. **Forma:** Chrześcijański obóz dla dzieci w wieku 7-13 lat
2. **Adres:** Centrum Chrześcijańskie w Świątynie, 12-140 Świątajno, ul. Kościelna 20
3. **Czas trwania obozu:** 20.07 – 02.08. 2025 r.
4. **Koszt obozu:** 1700 zł do 30. IV , 1800 zł do 31.V, od 1. VI 1900 zł
5. **Sposób dowozu i odbioru uczestników:** indywidualnie
6. **Organizator:** KCHB w Chelmie
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. **Rejestracja elektroniczna na stronie:** [baptyści-chelm.pl](http://baptyści-chelm.pl)
9. **W ciągu trzech dni od rejestracji należy wpłacić zaliczkę w wysokości 800 zł na konto KCHB w Chelmie z dopiskiem „ Świątajno 2025” ; numer konta: 63 1090 2590 0000 0001 5722 0731**
10. **Rezerwacja miejsca następuje po zarejestrowaniu uczestnika i wpłacie zaliczki.**
11. **Do dnia 01 czerwca 2025 r. należy wysłać kartę kwalifikacyjną na adres kierownika obozu.**

### 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 .....

### III INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDROWIA UCZESTNIKA OBOZU

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):

tężec .....

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)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (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)

#### **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 wycieczki „Królestwo nie z tej ziemi” 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)