

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: kolonia
2. Termin wypoczynku: 1-8 sierpnia 2026
3. Adres miejsca wypoczynku: Funka 3, 89-606 Charzykowy

(miejsce, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko. ....
2. Imiona i nazwiska rodziców .....
3. Data urodzenia: .....
4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku.....
5. Adres zamieszkania .....
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców.....
7. Numer telefonu rodziców opiekunów uczestnika.....
8. Adres pobytu rodziców (opiekunów) uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku  
.....
9. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.....  
.....
10. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary).....  
.....  
oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):  
tęzec..... błonica..... inne.....

(data)

(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

(data)

(podpis organizatora wypoczynku)

### **IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał

.....  
(adres miejsca wypoczynku)  
od dnia (dzień, miesiąc, rok) ..... do dnia (dzień, miesiąc, rok) .....

(data)

(podpis kierownika wypoczynku)

### **V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

.....  
.....

(miejscowość, data)

(podpis kierownika wypoczynku)

### **VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

.....  
.....

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy wypoczynku)

### **VII. KLAUZULA W ZWIĄZKU Z ORGANIZACJĄ WYPOCZYNKU DZIECI I MŁODZIEŻY PODLEGAJĄCEGO PRZEPISOM USTAWY O SYSTEMIE OŚWIATY**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Parafię Rzymskokatolicką św. Bartłomieja w Rybiu danych osobowych mojego dziecka obejmujących jego wizerunek w celu prowadzenia działalności edukacyjnej, informacyjnej i promocyjnej. Przetwarzanie danych osobowych dziecka, na które wyrażam zgodę, obejmuje rozpowszechnianie jego wizerunku utrwalonego na obrazach, w tym obrazach ruchomych, wykonanych w czasie i w związku z jego udziałem w formie wypoczynku, w następujący sposób:

- zwielokrotnianie egzemplarzy utrwalenia wizerunku dowolną techniką, w tym techniką drukarską, reprograficzną oraz techniką cyfrową;
- nieodpłatne wprowadzenie do obrotu egzemplarzy utrwalenia wizerunku;
- publiczne udostępnienie utrwalenia wizerunku w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i czasie przez siebie wybranym, w szczególności na stronach internetowych, na portalach społecznościowych, w aplikacjach mobilnych;
- rozpowszechnianie utrwalenia wizerunku z wykorzystaniem poczty elektronicznej;
- publiczne wyświetlenie i odtworzenie utrwalenia wizerunku albo wystawienie egzemplarzy utrwalenia wizerunku na widok publiczny.

.....  
(podpis rodziców)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych oraz mojego dziecka

.....  
(podpis rodziców)