

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NR EWIDENCYJNY ZHR

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU** (wypełnia organizator)

|  |                    |  |                               |
|--|--------------------|--|-------------------------------|
| Organizator wycieczki (okręg i środowisko) | Okręg Pomorski ZHR |  |                               |
| Forma HAL/HAZ (forma wycieczki)            | HAZ                | Komendant (kierownik wycieczki)              | pwd. Piotr Chrostowska HR     |
| Termin                                     | 26-30.01.2022      | Adres / trasa / kraj (niepotrzebne skreślić) | Żardeniki 34 11-320 Jeziorany |
| Miejscowość i data                         |                    |  | Podpis organizatora           |

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU** (proszę wypełnić czytelnie literami drukowanymi)

|   |  |                |                              |
|---|--|----------------|------------------------------|
| Imię, nazwisko  |  |                |                              |
| PESEL   |  | Data urodzenia | R  R  R  R  -  M  M  -  D  D |
| Adres zamieszkania  |  |                |                              |
| Dane kontaktowe rodziców (opiekunów prawnych) (imię i nazwisko, nr telefonu, adres email)   |  |                |                              |
| Adres pobytu rodziców (opiekunów prawnych) (proszę podać jeśli jest inny niż adres zamieszkania dziecka)  |  |                |                              |
| Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym |  |                |                              |

**II.A. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA** (proszę podać wszystkie istotne informacje)

|   |        |          |      |       |
|---|--------|----------|------|-------|
| Dziecko jest uczulone   |        |          |      |       |
| Informacje o diecie, chorobie lokomocyjnej, chorobach przewlekłych, przebytej hospitalizacji (proszę podać przyczynę i termin pobytu, jeżeli dziecko w przeciągu minionego roku przebywało w szpitalu), użytkowaniu aparatu ortodontycznego, okularów itp.; występowaniu drgawek, utraty przytomności, zaburzeń równowagi, omdleń, lęków nocnych, moczenia, duszności itp. oraz inne istotne informacje o zdrowiu |        |          |      |       |
| Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leków, dawkowanie)  |        |          |      |       |
| Informacje o przebytych szczepieniach (proszę podać rok szczepienia)  | Tężec: | Błonica: | Dur: | Inne: |

**II.B. INNE ISTOTNE INFORMACJE / OŚWIADCZENIA** (wypełniają rodzice / opiekunowie prawni)

Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z ..... i wobec tego do wiadomości organizatora załączam kopię stosownego orzeczenia / oświadczenie.

|            |  |
|------------|--|
| Inne uwagi |  |
|------------|--|

**OŚWIADCZAMY, ŻE** zapoznaliśmy się i akceptujemy warunki uczestnictwa naszego dziecka w w/w wycieczki w podanym terminie i miejscu.

**OŚWIADCZAMY, ŻE** podaliśmy wszystkie znane nam informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wycieczki. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków. Wyrażamy zgodę na przeglądy czystości głowy naszego dziecka przed wyjazdem i podczas wycieczki. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez personel służby zdrowia oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadry obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.

**ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do uiszczenia składki programowej związanej z uczestnictwem dziecka w działaniach programowych ZHR w wysokości ustalonej przez organizatora. Wyrażamy zgodę na to, aby w wypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających wycieczkę lub nie zgłoszenia się dziecka na wycieczkę, została nam zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50 % składki programowej). Wyrażamy zgodę na pozostawienie organizatorowi salda poobozowego w formie darowizny na działalność statutową organizatora (w przypadku, gdy kwota ta będzie wyższa niż 10% składki programowej, zostanie ona zwrócona niezależnie od niniejszej zgody).

**WYRAŻAMY ZGODĘ / NIE WYRAŻAMY ZGODY** (niepotrzebne skreślić) na przetwarzanie podanych w karcie kwalifikacyjnej danych osobowych naszych i dziecka, którego jesteśmy prawnymi opiekunami, zgodnie z informacją o przetwarzaniu danych i w wymienionych w niej celach. Podanie danych we wskazanym zakresie jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zakwalifikowania uczestnika na wycieczkę.

|  |  |  |
|--|--|--|
| Załączniki   |  |  |
| Daty i czytelne podpisy obojga rodziców (opiekunów prawnych) |  |  |

**III. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA** (wypełnia komendant)

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na obóz/koloniję/zimowisko (wypoczynek) / odmówić zakwalifikowania i skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu (niepotrzebne skreślić):

.....  
 .....

Data i podpis komendanta (kierownika wypoczynku)

**IV. POTWIERDZENIE POBYTU UCZESTNIKA NA OBOZIE/KOLONII/ZIMOWISKU (WYPOCZYNKU)** (wypełnia komendant)

Uczestnik przebywał na obozie/kolonii/zimowisku (wypoczyнку)

w .....

od dnia ..... do dnia ..... 20..... r.

Data i podpis komendanta (kierownika wypoczynku)

**V. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU - o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.**

(wypełnia osoba sprawująca opiekę medyczną lub komendant, jeżeli uczestnik doznał urazu, uległ wypadkowi lub był poddany leczeniu)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Data oraz podpis osoby sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku lub komendanta (kierownika wypoczynku)

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

**VI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O UCZESTNIKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

(wypełnia drużynowy lub wskazany przez komendanta wychowawca, jeżeli poczynione zostały ważne spostrzeżenia)

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Data oraz podpis instruktora (wychowawcy)

**VII. INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Administratorem danych osobowych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej (ZHR) z siedzibą w Warszawie przy ul. Litewskiej 11/13 (email inspektora ochrony danych: iod@zhr.pl). Współadministratorem tych danych jest Okręg ZHR właściwy dla organizatora wypoczynku, jako jednostki organizacyjnej ZHR, wskazany w niniejszej Karcie uczestnika wypoczynku.

Podane dane osobowe będą przetwarzane na potrzeby oraz w celu: przyjęcia zgłoszenia, zorganizowania i zrealizowania wypoczynku, dokonania niezbędnych rozliczeń, ewaluacji, archiwizacji kart kwalifikacyjnych itp. oraz zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zg. z ustawą z 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz.2135 z późn. zm.). Informacje o ograniczeniach prawnych kontaktu dziecka z innymi osobami (jeśli takie istnieją) przetwarzane będą w celu realizowania orzeczonego zakazu w czasie opieki nad uczestnikiem, którego dane dotyczą. Imię, nazwisko, PESEL oraz dane kontaktowe będą również przetwarzane celem aktualizacji tych danych w kartotekach członków ZHR. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust 1 lit. a), b), c), f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000). W przypadku danych o zdrowiu dziecka, które stanowią szczególną kategorię danych osobowych, podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. a) RODO.

Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie osoby, których dane dotyczą; członkowie ZHR odpowiedzialni za wypoczynek i działalność jednostki organizacyjnej uczestnika; podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w realizacji usług, gdy ich realizacja tego wymaga (np. ubezpieczyciel). Dane przetwarzane dla celów związanych z realizacją wypoczynku będą przetwarzane przez czas organizacji, trwania i rozliczania danego wypoczynku, natomiast dane przetwarzane dla celów rozliczeń i archiwizacji będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami państwowymi oraz instrukcjami wewnętrznymi ZHR.

Uczestnik (jego pełnoprawny opiekun) posiada prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody (jeżeli została wyrażona) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania. Ma także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.