***KARTA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII ZIMOWYCH***

**INORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. **ORGANIZATOR**: Stowarzyszenie Lokalne Salezjańskiej Organizacji Sportowej „SL SALOS”
2. **Cel wypoczynku**: Propagowanie aktywnych form spędzania czasu wolnego wśród dzieci.
3. **Kierownik półkolonii:** mgr Michał Ciecharowski tel. 600-725-594
4. **Rodzaj wypoczynku**: językowo – taneczno - artystyczne
5. **Adres wypoczynku**: Szkoła Podstawowa im. Jana Kwiecińskiego w Bartnikach ul. Miodowa 47
6. **Data wypoczynku**: 17/02/2020 r. do 21/02/2020 r.
7. **WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PÓŁKOLONIE**
8. **Imię i nazwisko dziecka**: ……………………………………………………………………………………………………………….…………….
9. **Imiona i nazwiska rodziców**…………………………………………………………………….………………………………………………..
10. **Data urodzenia:** ………………………………..………………
11. **Pesel dziecka**: (*niezbędny do ubezpieczenia!*) ……….……………………………………………………
12. **Adres zamieszkania**:…………………………………………………………………………………………………….……………………..……
13. **Nazwa szkoły/klasa:**…………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że moje dziecko będzie wracało do domu samo o godzinie** ………………………………………..

………………………………………………… ……………………..………………………..………  
(Miejscowość, data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

**Oświadczam, że moje dziecko będzie odbierane przez**:………………………………………………………………………………

………………………………………………… ……………………..………………………..………  
(Miejscowość, data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

1. **INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

* Na co dziecko jest uczulone………………………………………………………………………………………………………………………..…………
* Jak znosi jazdę samochodem/autokarem………………………………………………………………………………………………………………
* Czy przyjmuje stałe leki? (jeśli tak, to jakie, jak je podawać i w jakich dawkach, proszę wyposażyć dziecko   
  w odpowiednią ilość lekarstw)……………………………….……………………………………………………………………………………………..
* Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności   
  o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym………………………………………………………………………..…………………………………..………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dokładne informacje od Państwa pomogą nam w organizacji przyjemnego i bezpiecznego pobytu dziecka na półkolonii.**

* Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc   
  w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na półkolonii. **Tak / Nie**
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych dla celów związanych   
  z organizacją wypoczynku i pobytem mojego dziecka na półkolonii. **Tak / Nie**
* Wyrażam zgodę na publikowanie wizerunku mojego dziecka w materiałach podsumowujących półkolonie (strona szkoły, prasa, zdjęcia w gazetce szkolnej). **Tak / Nie**
* Wyrażam zgodę w razie nagłej potrzeby na udzielenie pomocy medycznej oraz leczenie szpitalne mojego dziecka. **Tak / Nie**

Zgodnie z art/ 7 ust.1 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 uchylanie dyrektywy 95/46/WE ( Dz.Urz.UE.PL Nr 119,str.1), dalej „RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wizerunku w ramach działalności „ SL SALOS” w Żyrardowie.

………………………………………………… ……………………..………………………..………  
(Miejscowość, data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

***Regulamin uproszczony***(wersja pełna dostępna na stronie www.salos-zyrardow.pl w zakładce Projekty -> Półkolonie)

1. Uczestnik Półkolonii jest zobowiązany do:

* wypełniania poleceń instruktora lub opiekuna,
* przestrzegania godzin rozpoczęcia posiłków i zajęć,
* przestrzegania zasad higieny osobistej i dbania o porządek,

2. Spożywanie alkoholu, palenie tytoniu oraz zażywanie środków odurzających jest surowo zabronione.

3. Za nieprzestrzeganie 1 lub 2 punktu regulaminu uczestnik półkolonii może zostać upomniany lub czasowo odsunięty od zajęć z jednoczesnym poinformowaniem rodziców. W szczególnych przypadkach decyzją kierownictwa półkolonii uczestnik może zostać karnie usunięty. W takim przypadku rodzic lub opiekun prawny jest zobowiązany do zabrania uczestnika. Organizator nie zwraca pieniędzy za niewykorzystane dni obozu.

……………………………………………………………….. ……………………………………………..………………………..………  
(Miejscowość, data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

**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)

**POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał: Szkoła Podstawowa im. Jana Kwiecińskiego w Bartnikach ul. Miodowa 47   
od dnia ***17/02/2020 r***. do dnia **21*/02/2020 r.***

....................................................................................   
 (data) (podpis kierownika wypoczynku)

**INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU** ........................................................................................................................................................................  
.................................................................................................................................................................................................... ....................................................................................   
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)