**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku:

□ kolonia

□ zimowisko

□ obóz

□ biwak

□ półkolonia

□ inna forma wypoczynku ………………………………………

2. Termin wypoczynku …………………………………………………………………………………………………..………...

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

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

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym:

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

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą:

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

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | ……………………………………………… |
| (miejscowość, data) | (podpis organizatora wypoczynku) |

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko ………………………………………………………………………………………………….………..............

2. Imiona i nazwiska rodziców ………………………………………………………………………………………………………………….

3. Rok urodzenia ………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………..……………………...

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców ……………………………………………………………………………………….……

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku: ………………………………………………………………………………………………

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym: ……………………………………………………………………....………………………………………

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

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary):

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

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec ………………………………………………..….

błonica ………………………………………………..….

dur ………………………………………………..….

inne ………………………………………………..….

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku: ………………………………………………………….…………………………………..

**Zostałem/am poinformowany/a, że:**

1. Administratorem danych osobowych jest Laboratorium Innowacji Społecznych, 81-451 Gdynia, Al. Zwycięstwa 96/98, tel. 58 727 39 00, mail: sekretariat@lis.gdynia.pl.

2. Obowiązki Inspektora Ochrony Danych w Laboratorium Innowacji Społecznych pełni pan Paweł Wyszomirski, tel. 58 727 39 02, mail: p.wyszomirski@lis.gdynia.pl.

3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji półkolonii na potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika, tj. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) – RODO.

4. Przysługuje Państwu prawo do dostępu, sprostowania oraz usunięcia swoich danych osobowych, ograniczenia ich przetwarzania, do ich przenoszenia, a także prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.

5. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych, w sytuacji uznania, że dane przetwarzane są niezgodnie z przepisami prawa.

6. Okres przetwarzania Państwa danych osobowych przez Laboratorium Innowacji Społecznych wynika z określonych przepisów prawa oraz Instrukcji Kancelaryjnej.

7. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące z Laboratorium Innowacji Społecznych na podstawie zawartych umów powierzenia danych.

8. Państwa dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.

9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak w przypadku odmowy ich podania organizator nie może zakwalifikować uczestnika do udziały w wypoczynku.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | ……………………………………………… |
| (data) | (czytelny podpis rodziców lub  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 na:

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

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | ……………………………………………… |
| (miejscowość, data) | (podpis organizatora wypoczynku) |

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

Uczestnik przebywał ………………………………………………………………….………………………………………………………….....

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia ………………………………………...……………………. do dnia ………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | ……………………………………………… |
| (data) | (podpis kierownika wypoczynku) |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | ……………………………………………… |
| (miejscowość, data) | (podpis kierownika wypoczynku) |

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:**

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

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | ……………………………………………… |
| (miejscowość, data) | (podpis wychowawcy wypoczynku) |