**Wypełnia rodzic/ opiekun zakwalifikowanego na półkolonie dziecka/ podopiecznego lub pełnoletni uczestnik\*:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej uczestnika wypoczynku organizowanego przez WOPR we współpracy z MDK 2 w Piekarach Śl. zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (DZ.U z dnia 24.05.2018 poz.1000).

 TAK NIE

Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka/mojego wizerunku i zdjęć z wizerunkiem uczestników półkolonii organizowanych przez WOPR we współpracy z MDK 2 w Piekarach Śl. w celach związanych z realizacją zadań statutowych, promocji i prezentacji półkolonii.

 TAK NIE

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji drogą elektroniczną przez WOPR i MDK 2 w Piekarach Śląskich zgodnie z ustawą z dn. 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.).

 TAK NIE

Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w zajęciach podczas trwania półkolonii także poza terenem MDK 2 (wycieczki)

 TAK NIE

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót dziecka do domu po skończonych zajęciach.

 TAK NIE

***\*zaznaczyć właściwą odpowiedź***

**Proszę wymienić osoby upoważnione do odbioru dziecka z placówki po skończonych zajęciach:**

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

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

 Miejscowość, data Podpis rodzica/ opiekuna

**Uwaga:**

**w przypadku rezygnacji z uczestnictwa, prosimy o niezwłoczne poinformowanie o tym fakcie organizatora w celu umożliwienia dzieciom z listy rezerwowej udziału w półkoloniach!**

Dodatkowe informacje niezbędne do przeprowadzenia rekrutacji - prosimy o zaznaczenie tych punktów, które dotyczą kandydata:

* wielodzietność rodziny kandydata ( 3 dzieci w rodzinie i więcej)
* niepełnosprawność kandydata
* niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata
* niepełnosprawność obojga rodziców kandydata
* niepełnosprawność rodzeństwa kandydata
* samotne wychowywanie kandydata w rodzinie
* objęcie kandydata pieczą zastępczą

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

**UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku PÓŁKOLONIE LETNIE (dofinansowanie: Narodowy Program Zdrowia)

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

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: MDK 2 w Piekarach Śląskich, ul. Popiełuszki 1/ Bytomska 152 oraz poza placówką – wycieczki zgodnie z programem

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

 (miejscowość, data) (podpis i pieczątka organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko

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

2. Imiona i nazwiska rodziców

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

3. Data urodzenia uczestnika **4. E-mail:**

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

5. Adres zamieszkania uczestnika

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

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców, jeśli jest inny od adresu uczestnika

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

7. **Numer telefonu rodziców/opiekunów uczestnika wypoczynku**

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

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

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

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

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

9. 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 :

**NUMER POLISY UBEZPIECZENIOWEJ NW:**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (DZ.U z dnia 24.05.2018 poz.1000).**

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

 (data) (podpis rodziców/opiekunów uczestnika wypoczynku)

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

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

Postanawia się1):

* 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

MŁODZIEŻOWY DOM KULTURY NR 2 W PIEKARACH ŚL., BYTOMSKA 152/ POPIEŁUSZKI 1

(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 CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

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

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

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

 (miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

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

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

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

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

 (miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

–––––––––––––––

1) Właściwe zaznaczyć znakiem „X”