VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

....

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

VII. PROGRAM I REGULAMIN

Zapoznałem/am się z regulaminem „Wakacji z Bogiem", w których moje dziecko będzie brało udział i w pełni akceptuję ich postanowienia.

....

(data) (podpis rodziców/opiekuna prawnego)

VIII. ZEZWOLENIE NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Niniejszym nieodpłatnie zgadzam się na pozyskanie i nieodpłatnie zezwalam na udostępnienie wizerunku mojego dziecka na rzecz Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo Prowincja Chełmińsko-Poznańska w formie wizualnej i audiowizualnej wykonanego podczas „Wakacji z Bogiem", w których moje dziecko będzie brało udział.

Zezwalam także nieodpłatnie na wykorzystanie, utrwalanie i powielanie, przetwarzanie oraz obróbkę zdjęcia lub utworu audiowizualnego z wizerunkiem mojego dziecka za pośrednictwem dowolnego medium w celu dokumentowania „Wakacji z Bogiem" oraz promowania działalności ww. Zgromadzenia, włączając w to publikację w telewizji, Internecie, czasopismach, folderach i publikacjach elektronicznych, radiu. Zgodę wyrażam bez ograniczeń czasowych i terytorialnych.

Przyjmuję, że wizerunek mojego dziecka, jako dane osobowe będzie przetwarzany zgodnie z Klauzulą informacyjną, z którą się zapoznałem/łam.

....

(data) (podpis rodziców/opiekuna prawnego)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku

☐ kolonia

☐ zimowisko

☐ obóz

☐ biwak

☐ półkolonia

☐ inna forma wypoczynku ……

2. Termin wypoczynku **1.08.2026r. – 7.08.2026r.**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku **83-311 Ostrzyce, ul. Kościelna 1 „OSTRZYK"**

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. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

5. Adres zamieszkania

……

……

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

……

……

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania 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)

……

……

……

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

tężec ……

błonica ……

inne ……

……

……

…… ……

(data) (podpis rodziców/opiekuna prawnego)

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

Postanawia się[1]):

☐ 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 CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

……

……

……

……

…… ……

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

ZGODA NA PRZEWÓZ DZIECKA SAMOCHODEM

Wyrażam zgodę na przewóz mojego dziecka …….. samochodem należącym do Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo przez Kierownika lub Wychowawcę Wypoczynku letniego „Wakacje z Bogiem" podczas trwania wypoczynku w dniach 1- 7.08.2026r. w sytuacji zagrażającej zdrowiu dziecka lub w innej pilnej potrzebie.

…….. ……..
Miejscowość / data Podpis rodzica/opiekuna prawnego

ZGODA NA UBEZPIECZENIE

Wyrażam zgodę na ubezpieczenie mojego dziecka …….. w ramach ubezpieczenia grupowego NNW przez firmę PZU S.A. na czas trwania wypoczynku letniego „Wakacje z Bogiem" 1- 7.08.2026r. Wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych mojego dziecka w tym celu.

…….. ……..
Miejscowość / data Podpis rodzica / opiekuna prawnego

Oświadczenie o zapoznaniu się ze Standardami Ochrony Małoletnich

Ja niżej podpisany(-a)…….. oświadczam, że zapoznałem(-am) się z dokumentacją wchodzącą w skład Standardów Ochrony Małoletnich w Zgromadzeniu Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a' Paulo Prowincja Chełmińsko-Poznańska.

…….. ……..
Miejscowość / data Podpis rodzica/opiekuna prawnego