



SALEZJAŃSKIE LATO 2023

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU			
Nazwa akcji:		<i>Forma wycieczki: MAZURY 4 obóz wędrowny dla młodzieży</i>	
<i>Termin wycieczki</i>	24.07-03.08	<i>Adres wycieczki</i>	Rejs szlakiem Wielkich Jezior
<i>Koszt</i>	1 700 zł	<i>Spotkanie organizacyjne</i>	PONIEDZIAŁEK 05 VI godz.19.00

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU											
Nazwisko											
Imię											
Data urodzenia				Miejsce urodzenia							
Miejscowość				Kod		-					
Adres			ulica			numer					
Telefon uczestnika											
PESEL											
Imię i nazwisko matki						Tel.					
Imię i nazwisko ojca						Tel.					

Adres zamieszkania lub pobytu rodziców/ opiekunów w czasie wycieczki

Imię, nazwisko oraz numer telefonu do opiekuna prawnego (jeżeli inna osoba niż rodzic) lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki w trakcie wycieczki

.....

e-mail uczestnika: **e-mail rodzica:**

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

.....

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

.....

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

tężec **blonica**

inne

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wycieczki.

data **podpis rodziców/opiekuna**

WYPEŁNIA ORGANIZATOR:	
III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU	
Postanawia się: <input type="checkbox"/> zakwalifikować i skierować Uczestnika na wycieczkę, <input type="checkbox"/> odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu	
data	podpis przyjmującego zgłoszenie
IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU	
Uczestnik przebywał w miejscu oraz terminie podanym wg karty kwalifikacyjnej uczestnika wycieczki.	
data	podpis kierownika wycieczki
V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE (dodatkowe informacje znajdują się w rejestrze zdarzeń medycznych)	
miejscowość data	podpis wychowawcy
VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU	
miejscowość data	podpis kierownika wycieczki
INFORMACJE DODATKOWE – WYPEŁNIA RODZIC LUB OPIEKUN PRAWNY:	
Zasady uczestnictwa w akcji:	
1. Uczestnik jest zobowiązany do czynnego udziału w organizowanych zajęciach. 2. Podczas akcji obowiązuje zakaz palenia papierosów, spożywania alkoholu i innych używek oraz stosowania przemocy. 3. W razie nie stosowania się do obowiązujących zasad oraz uwag opiekunów organizator zastrzega sobie prawo odesłania uczestnika do domu na koszt rodziców /opiekunów. 4. Nie stosowanie się do w/w punktów może dyskwalifikować uczestnika z udziału w kolejnych akcjach Organizatora.	
Oświadczenie rodziców /opiekunów: zaznaczyć <input checked="" type="checkbox"/> w razie zgody	
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w akcji organizowanej przez SALTROM i na ten czas powierzam organizatorowi opiekę nad nim. <input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie uczestnika przez SALTROM jako administratora danych osobowych, na potrzeby kontaktu w celach marketingowych drogą elektroniczną. Zapoznałem się z Informacją o przetwarzaniu danych osobowych, która jest dostępna w siedzibie organizatora oraz na www.saltrom.pl <input type="checkbox"/> Oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (Dz.U. z 2006 r. Nr 90 poz. 631 z późn. zm.) dobrowolnie wyrażam zgodę na umieszczenie zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowanych podczas akcji. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć m.in. w materiałach reklamowych i promocyjnych stowarzyszenia, publikacjach prasowych, w mediach elektronicznych, broszurach, ulotkach, gazetkach itp. Z zastrzeżeniem, że wizerunek ten nie może być rozpowszechniany w zestawieniu z informacjami lub komentarzami stawiającymi osobę mojego dziecka w negatywnym świetle. <input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne oraz przeprowadzenie koniecznych badań i zabiegów operacyjnych w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka, na podstawie decyzji podjętych przez właściwy personel służby zdrowia, w czasie pobytu dziecka na akcji organizowanej przez SALTROM, a także na przewiezienie dziecka, w razie potrzeby, prywatnym samochodem do szpitala.	
data	podpis rodziców/opiekuna

SALTROM 30-305 Kraków, ul. Różana 5, tel./fax (0-12) 269 30 00, 269 31 10
www.saltrom.pl, e-mail: saltrom@saltrom.pl

Nr rachunku bankowego: Alior Bank 93 2490 0005 0000 4600 8029 5352
Nazwa: SALTROM, 30-305 Kraków ul. Różana 5
Tytuł: nazwa akcji, nr turnusu, imię i nazwisko uczestnika, numer telefonu oraz e-mail