

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. forma i nazwa wycieczki: **PÓŁKOLONIE W ORATORIUM**
2. termin wycieczki: **06-10.07.2026 r.**
3. adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki:
Publiczne Salezjańskie Liceum Ogólnokształcące w Krakowie, os. Piastów 34, 31-324 Kraków
4. godziny trwania półkolonii: **9:00-15:00** 5. tel. kontaktowy: **726 260 350**

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (pola wypełnić drukowanymi literami):

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika:
 2. Imiona i nazwiska rodziców:
 3. Data i miejsce urodzenia:
 4. Adres zamieszkania:
 5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców:
 6. E-mail rodziców:
 7. Numery telefonu rodziców lub osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki:
 8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności wynikających z orzeczenia o niepełnosprawności i orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego:
 9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. uczulenia, jak uczestnik znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach):
- o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku, przedstawieniem książeczki zdrowia lub jej kserokopię z aktualnym wpisem szczepień): **tężec:** **błonica:**
inne: oraz **numer PESEL uczestnika:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

data **podpis obojga rodziców/opiekunów**

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

Postanawia się zakwalifikować i skierować na wycieczkę.
data i podpis organizatora wycieczki:

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

Uczestnik przebywał w Publiczne Salezjańskie Liceum Ogólnokształcące w Krakowie, os. Piastów 34, 31-624 Kraków od dnia 06.07.2026 do dnia 10.07.2026.
data i podpis organizatora wycieczki:

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

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

OŚWIADCZENIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW: (należy zaznaczyć zgody znakiem ✓)

- Wyrażam zgodę** na uczestnictwo mojego dziecka w akcji organizowanej przez Stowarzyszenie Lokalne Salezjańskiej Organizacji Sportowej "Piast" w Krakowie i na ten czas powierzam organizatorowi opiekę nad nim.
- Wyrażam zgodę** na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie uczestnika przez Stowarzyszenie Lokalne Salezjańskiej Organizacji Sportowej "Piast" w Krakowie jako administratora danych osobowych, na potrzeby niezbędne do kontaktu oraz zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki, w celach marketingowych, z możliwością wglądu do swoich danych oraz prawem ich aktualizowania (zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. z póź. zm.).
- 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 umieszczanie 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.
- 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 Stowarzyszenie Lokalne Salezjańskiej Organizacji Sportowej "Piast" w Krakowie, a także na przewiezienie dziecka, w razie potrzeby, prywatnym samochodem do szpitala.
- Zapoznałem się** z regulaminem półkolonii.

data **podpis obojga rodziców/opiekunów**

Wyrażam / nie wyrażam* zgodę na samodzielne przyjęcie i powrót mojego dziecka po zakończeniu półkolonii do domu. (*niepotrzebne skreślić)

data **podpis obojga rodziców/opiekunów**

Proszę podać imiona i nazwiska osób, które będą odbierały dziecko (w przypadku niewyrażenia zgody na samodzielny powrót):

Czy dziecko było już do I komunii świętej: TAK / NIE (pytanie tylko informacyjne)

Czy jest ktoś z kim dziecko chce być w grupie? Prosimy podać imię i nazwisko (max. 2 osoby. **Różnica wiekowa max. 1 rok**)

KONTAKT: www.oratoriumaniolow.salezjanie.com // oratoriumaniolow@gmail.com // tel. 726 260 350