

KARTA UCZESTNIKA (-18)

KURS OAZOWY DLA ANIMATORÓW - ODB

21-23.02.2020 r.

Dom Pielgrzyma przy Sanktuarium OO. Bernardynów w Leżajsku
37-300 Leżajsk, ul. 11 listopada 1



1. Dane osobowe uczestnika:

Imię: _____ Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Miejsce urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____ - _____ - _____
ulica/miejscowość, nr domu kod pocztowy miejscowość/poczta

Numer telefonu komórkowego dziecka: _____

PESEL:

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

Szkoła* podstawowa / liceum / technikum / zawodowa Ukończona klasa: _____
*zaznacz właściwe

2. Dane do kontaktu z rodzicami/opiekunami prawnymi:

_____ - _____ - _____
numer telefonu komórkowego imię i nazwisko matki (opiekuna prawnego) numer telefonu komórkowego imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego)

3. Oświadczenie rodziców / opiekunów o stanie zdrowia dziecka

A. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe (np. astma, epilepsja, choroby serca, itp.)?

B. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? (jakiej?)

C. Czy dziecko jest alergikiem? Jeśli tak, to na co jest uczulone?

D. Czy w czasie wyjazdu będzie przyjmować jakiegokolwiek leki?

Jeśli tak, to proszę podać nazwę leku i dawkowanie. *Podpisane leki należy przekazać opiekunowi.*

E. Czy choruje na chorobę lokomocyjną? TAK / NIE

W przypadku występowania należy zabezpieczyć dziecko w leki i przekazać podpisane opiekunowi.

F. Czy jest uczulone na leki?

TAK / NIE (jakie?)

Wyrażam zgodę na podanie mojej córce / synowi, w razie konieczności leków przeciwbólowych i przeciwbiegunkowych.

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

_____ data _____ podpis rodzica/opiekuna prawnego

4. Akceptacja zasad uczestnictwa w KODA-ODB:

- 1) Uczestnik jest zobowiązany do czynnego udziału w organizowanych zajęciach.
- 2) Podczas trwania wydarzenia obowiązuje zakaz palenia papierosów, spożywania alkoholu i innych używek oraz stosowania przemocy.
- 3) W razie niestosowania się do obowiązujących zasad oraz uwag wychowawców organizator zastrzega sobie prawo odesłania uczestnika do domu na koszt rodziców/opiekunów.
- 4) Niestosowanie się do ww. punktów może dyskwalifikować uczestnika z udziału w kolejnych wyjazdach organizowanych przez Duszpasterstwo FMO OO. Bernardynów.

_____ podpis uczestnika _____ podpis rodzica/opiekuna prawnego

5. Oświadczenie rodziców / opiekunów:

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w KODA-ODB i na ten czas powierzam organizatorowi opiekę nad nim.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w tym przechowywanie, zawartych w niniejszej karcie danych osobowych przez Duszpasterstwo FMO OO. Bernardynów [ul. bł. A. Pankiewicza; 91-738 Łódź] zgodnie z Dekretem ogólnym KEP o ochronie danych osobowych z 13.03.2018 r. oraz postanowieniami RODO: Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. Zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyrażam dobrowolnie, po otrzymaniu informacji o prawie dostępu do ww. danych, prawie odwołania lub zmiany mojej zgody na przetwarzanie danych osobowych w każdym czasie oraz będąc poinformowanym o celu przetwarzania ww. danych osobowych przez Duszpasterstwo FMO OO. Bernardynów.

_____ data _____ podpis rodzica/opiekuna prawnego