

**VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA.**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w obozie za odpłatnością w wysokości **1.080zł (brutto)**
2. Odmówić skierowania dziecka na obóz ze względu:

Pruszcz Gdański 1.06.2022r

(data)

(podpis)

**VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE**

Dziecko przebywało na obozie szkoleniowym MD OSP w Wambierzycach.

od dnia ..... do dnia .....

(data)

(podpis kierownika placówki wypoczynku)

**IX. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE** (dane o chorobach, urazach, leczeniu itp.).

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

(miejscowość, data)

(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

**X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU NA OBOZIE**

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy-instruktora)

Oddział Wojewódzki Związku OSP RP 83-000 Pruszcz Gdański ul. Podmiejska 5

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU**

**W-1**

**INFORMACJA ORGANIZATORA OBOZU**

1. Forma placówki - **Pozarniczy Obóz Szkoleniowy MD OSP**
2. Adres placówki - **Wambierzyce k/Polanicy Zdroju**
3. Czas trwania - **od 26.06.2022r do 6.07.2022r**

Gdańsk, 20.04.2022r.

**DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY (OSP / URZĄD GMINY)**

Dane płatnika

NIP

(PIECZĘĆ PŁATNIKA)

**1. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBOZ.**

1. Imię i nazwisko dziecka .....

2. Data urodzenia .....

3. Nr PESEL

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

4. Adres zamieszkania - kod pocztowy .....

telefon .....

5. Nazwa i adres szkoły .....

klasa .....

6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku oraz nr kontaktowy telefonu: .....

telefon .....

Telefon kontaktowy

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 1.080zł (kwota brutto z 8% podatkiem VAT).

(miejscowość, data)

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

## II. KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DO UMIESZCZENIA NA KARCIE ZGŁOSZENIA NA OBÓZ MDP

Podpisanie niniejszego dokumentu jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych i wizerunku osoby niepełnoletniej przez Oddział Wojewódzki Związku OSP RP w Pruszczu Gdańskim ul. Podmiejska 5, zwaną dalej również "ADO".

Można się z nami kontaktować w następujący sposób:

- a) listownie: ul. Podmiejska 5, 83-000 Pruszcz Gdański;
- b) za pomocą poczty elektronicznej: gdańsk@zosprp.pl.

### Cele i podstawy przetwarzania.

Będziemy przetwarzać dane osobowe osoby niepełnoletniej w celu organizacji i przeprowadzenia pozarniczego obozu szkoleniowo-wypoczynkowego MDP, a następnie dla wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentacji. Opiekun osoby niepełnoletniej uczestniczącej w obozie MDP wyraża zgodę na nieodpłatne używanie, wykorzystanie i rozpowszechnianie wizerunku, utrwalonego jakkolwiek techniką na wszelkich nośnikach (w tym w postaci fotografii i dokumentacji filmowej) przez organizatora obozu MDP.

### Odbiorcy danych osobowych.

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom trzecim, a także przekazywane poza obszar EOG.

### Profilingowanie.

Dane osobowe osoby niepełnoletniej nie będą podlegały profilowaniu.

### Okres przechowywania danych.

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe osoby niepełnoletniej przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów tj. do celów szkoleniowych i ewidencyjnych wynikających z przepisów oświatowych.

### Prawa osób, których dane dotyczą.

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

- c) prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii;
- d) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- e) prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
- f) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
- g) prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych osoby niepełnoletniej celu organizacji i przeprowadzenia pozarniczego obozu szkoleniowo-wypoczynkowego MDP.

.....  
(czytelny podpis opiekuna prawnego-rodziców)

## III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA.

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....  
W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacyjne.  
STWIERDZAM, ŻE PODALAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNNKU.  
.....

(data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

## IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (podać datę ostatniego szczepienia):  
tężec .....  
żółtačka .....  
.....  
błonica .....  
inne .....

(data)

.....  
(podpis pielęgniarki lub rodziców)

## VI. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

Informacja o zainteresowaniach dziecka, potrzebach

.....  
(data)

.....  
(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)