**VI**. **INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

......................................................... ........................................................................

 (miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

¹ Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

² W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

³ W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

# KLAUZULA INFORMACYJNA

Wypełniając obowiązek określony w art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej: RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Języków Obcych Liberation zwany dalej organizatorem wypoczynku - adres 30-317 Kraków
ul. Skwerowa 38/4.
2. Pani/Pana dane osobowe oraz uczestnika wypoczynku przetwarzane będą w celu zakwalifikowania do udziału w wypoczynku na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 marca 2016r. w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży ( Dz.U z 2016r.poz. 452).
3. Odbiorcą/ami Pani/Pana oraz uczestnika wypoczynku danych osobowych mogą być inne osoby(np.kierownik wypoczynku, wychowawcy, instruktorzy, itp.), którym na podstawie zawartej umowy powierzono obowiązki związane z organizacją wypoczynku.
4. Pani/Pana oraz uczestnika wypoczynku dane osobowe nie będą przekazywane do innych podmiotów oraz państwa trzeciego.(Uwaga! Organy publiczne, które mogą otrzymać Pani/Pana dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców)
5. Pani/Pana oraz uczestnika wypoczynku dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji wypoczynku oraz prawnie ustalony okres archiwizacji ( 3 lata).
6. Ma Pani/Pan prawo żądać od Organizatora Wypoczynku:

1) dostępu do swoich danych osobowych; 2) sprostowania swoich danych osobowych.

1. Jeżeli Pani/Pan uzna, że przetwarzanie Pani/Pana oraz uczestnika wypoczynku danych osobowych jest nieprawidłowe, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym**.**
3. Pani/Pana oraz uczestnika wypoczynku dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez Organizatora Wypoczynku, w tym profilowaniu.

Zapoznałem się:

…………………………….

Dnia……………………..

(Czytelny podpis opiekuna prawnego

 **K A R T A K W A L I F I K A C Y J N A U C Z E S T N I K A W Y P O C Z Y N K U**

 ***pieczęć organizatora***

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku¹

|  |  |
| --- | --- |
| □ | kolonia |
| □ | zimowisko |
| □ | obóz |
| □ | biwak |
| □ | półkolonia. |
| □ | inna forma wypoczynku ………………………………………………………………...  |

1. Termin wypoczynku ………………….............. - …………………...................
2. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku …………………………………..........

 …………………………………………………………………………………………………..

 Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym² ………………………………………............

 …………………………………………………………………………………………………..

 Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą …………………………

...................................... ...................................................................

 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko

 ………………………………………………………………………………………………….

1. Imiona i nazwiska rodziców

 …………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………..

1. Rok urodzenia …………………………………………………………………………….......
2. Adres zamieszkania …………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………….

1. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców³ …………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………….

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

………………………………………………………………………………………………….

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających o niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym: ………………………………...

 ………………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………………….

1. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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)

……………………………………………………………………………………………….... ……………………………………………………………………………………………........ ……………………………………………………………………………………...................

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

tężec ……………………………………………………………………………………. błonica ….…………………………………………………………………………………
dur …………………………………………………………………………………….
inne …………………………………………………………………………………...

 oraz numer **PESEL** uczestnika wypoczynku:

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej, dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 922)).**

...................................... ………….....................................................................

 (data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

1. **DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się¹:

 □ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

 □ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

 ...............................................................................................................................................

 ...............................................................................................................................................

 ................................................. ..................................................................

 (data) (podpis organizatora wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **INFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

........................................................ …..................................................................................

 (miejscowość i data) (podpis kierownika wypoczynku)