**WARUNKI UCZESTNICTWA NA OBOZIE / KOLONII**

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminu ośrodka gdzie jest organizowany obóz, kolonia oraz poleceń wychowawców.
2. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą, w zależności od kierunku wyjazdu, odpowiedni dowód tożsamości (paszport i aktualną legitymację szkolną).
3. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz inne rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu oraz w środkach transportu.
4. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za używanie przez uczestnika kolonii/obozu leków nie wpisanych do karty kwalifikacyjnej i bez uzgodnienia ich stosownie z opiekunem.
5. Uczestnik powinien zaopatrzyć się w niezbędny ekwipunek (ubrania, obuwie, rzeczy osobiste, tabletki przeciwbólowe, witaminy i tabletki od choroby lokomocyjnej). Ich brak spowoduje obciążenie uczestnika (Rodzica, Opiekuna) kosztami ich zakupu.
6. Uczestnik może być oddany pod opiekę Rodziców lub Opiekunów prawnych na ich pisemny wniosek określający datę, czas nieobecności, osobę, której powierza się bezpośrednią opiekę, kontakt w czasie nieobecności.
7. W przypadku spożywania alkoholu i środków odurzających, przebywania pod ich wpływem lub poważnego naruszenia regulaminu pobytu uczestnik zostanie wydalony z placówki na koszt własny (Rodziców i Opiekunów).
8. Rodzice / Opiekunowie pokryją powstałe z winy uczestnika straty, udowodnione na podstawie sporządzonego w obiekcie protokołu, podpisanego przez kierownika placówki wypoczynku.
9. Organizator nie zwraca pieniędzy za niewykorzystane przez uczestnika dni pobytu oraz świadczenia na kolonii / obozie.

**Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że warunki uczestnictwa na kolonii / obozie są mi znane.**

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

 czytelny podpis (rodzica / opiekuna)

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

 czytelny podpis uczestnika obozu / kolonii

Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 68/2014

 Rektora UMCS

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku: **wycieczka zimowa**

**Dom Wczasowy Ela**

1. Adres placówki: **Na Banię 3a, 34-700 Rabka-Zdrój**
2. Czas trwania od **24 .02.**  do **28.02.2025 r.**

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

 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
2. Data urodzenia . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . PESEL . . . . . . . . . . . . .
3. Adres zamieszkania . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .Telefon . . . . . . . . . . . . . . .

1. Nazwa i adres szkoły . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Klasa . . . . . . . . . . . . . . .

1. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . e-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Telefon . . . . . . . . . . . . . . . . .
2. Liczba osób w rodzinie . . . . . . . . w tym . . . . . . dzieci na utrzymaniu rodziców (do momentu ukończenia nauki). Samotna matka/ojciec\*; oboje rodzice zatrudnieni w UMCS: tak/nie\*; współmałżonek: zatrudniony: tak/nie\*, zarejestrowany w Urzędzie pracy: tak/nie\*(w przypadku braku zatrudnienia)
3. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości . . . . .zł

słownie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . zł

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

 (miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

**\* niepotrzebne skreśli**

**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)

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

**Stwierdzam, że podałam (em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.** **Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa powszechnego w szczególności Rozporządzeniem 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 (tzw. Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych/RODO) wyrażam zgodę na udostępnienie przez Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie z siedzibą przy Pl. Marii Curie - Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin, będący Administratorem Danych Osobowych, danych członków mojej rodziny zawartych w karcie, w tym dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka, osobom/podmiotom zaangażowanym w organizację wypoczynku w celu prawidłowej realizacji świadczeń. Oświadczam, że dane podaję dobrowolnie, zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach, wszelkich okolicznościach i zasadach przetwarzania danych osobowych, w szczególności że przysługuje mi prawo dostępu do danych, możliwość ich sprostowania, żądania ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz prawo złożenia skargi do organu nadzorczego. Gromadzone dane będą przetwarzane wyłącznie w celach związanych z organizacją świadczenia, na podstawie przepisów prawa, w tym art. 6 ust. 1 pkt c i d oraz art. 9 ust. 2 pkt b RODO, w okresach realizacji świadczenia, archiwizacji danych, zgodnie z procedurami obowiązującymi w UMCS oraz ustalenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń. Nie będą podlegały dalszemu przetwarzaniu, w tym udostępnianiu podmiotom zewnętrznym (za wyjątkiem przypadków opisanych powyżej), przekazywaniu do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych, ani poddawane profilowaniu, nie będą również w oparciu o nie podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany. Posiadam wiedzę, że UMCS powołał osobę nadzorującą prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem:** **iod@mail.umcs.pl****.**

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

 (data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

 **IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH**

 **lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień (ksero z książeczki zdrowia)**

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec . . . . . . , błonica . . . . . . , dur . . . . . . . . .,

inne. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . (data) (podpis pielęgniarki)

**V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY**

**(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)**

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

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

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

 (data) (podpis wychowawcy lub rodzica / opiekuna)

**VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 (forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia . . . . . . . . . . . . . . . . do dnia . . . . . . . . . . . . . . . . . 20 . . . r.

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

 (data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

**VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o chorobach, urazach, leczeniu itp.)**

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

**Organizator informuje rodziców / opiekunów o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.**

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

 (miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

**VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

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

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

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

 (miejscowość, data) (podpis wychowawcy / instruktora)