**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

Kartę wypełnia rodzic/opiekun i składa w holu szkoły (ewentualnie w sekretariacie) w terminie od dnia 01.12.2023 od 8.00 do dnia 15.12.2023 r. godzina 15.00

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: „ZIMA w mieście 2024”

2. Adres: Szkoła Podstawowa Nr 3 im. Małego Powstańca w Ząbkach, ul. Kościelna 2

3. Czas trwania wypoczynku: 22.01– 26.01.2024 r. w godz. 7.00 -17.00

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka:

2. Imiona i nazwiska rodziców:

3. Rok urodzenia / klasa:

4. Adres zamieszkania:…………………………………………………..

5. Nazwa i adres szkoły: ………………………………………………...

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (opiekunów) oraz numery telefonów rodziców w czasie trwania wypoczynku:

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

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

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

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie
(np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie
(np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary) oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień): tężec, błonica, dur, inne: ……………………………………………………………………………….………..

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

Numer PESEL uczestnika wypoczynku.......................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

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

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

Postanawia się:

• zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

• odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu na……………………………………

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Uczestnik przebywał w Szkole Podstawowej nr 3 w Ząbkach podczas „Zimy w mieście 2024” od dnia
(dzień, miesiąc, rok) ............................. do dnia (dzień, miesiąc, rok) ................................

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

( data ) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

* Bez zastrzeżeń
* Inne informacje……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………

………………………….. …………………………………….

 (miejscowość, data ) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

* Bez zastrzeżeń
* Inne informacje.............................................................................................................................. .......................................................................................................................................................

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

( miejscowość, data ) (podpis wychowawcy wypoczynku)

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

**VII. INFORMACJE DODATKOWE DLA SZKOŁY**

1. Dziecko będzie odbierane przez: rodziców, opiekunów, wraca samodzielnie

**(PROSZĘ PODKREŚLIĆ WYBRANĄ ODPOWIEDŹ)**

INFORMACJA O OSOBACH UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA:

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej: ........................... ...........................

Numer dowodu: ...........................

Telefon kontaktowy: ...........................

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej: ........................... ...........................

Numer dowodu: ...........................

Telefon kontaktowy: ..........................

1. Dziecko będzie przebywać na zajęciach w podanych dniach i godzinach:

|  |  |
| --- | --- |
| Dzień tygodnia | godziny |
| 22.01.2024 (poniedziałek) |  |
| 23.01.2024 (wtorek) |  |
| 24.01.2024 (środa) |  |
| 25.01.2024 (czwartek) |  |
| 26.01.2024 (piątek) |  |

1. Dziecko będzie brało udział w wybranych wycieczkach/wyjściach/ warsztatach

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dzień tygodnia | Wycieczka/zajęcia na terenie szkoły | TAK/NIE |
| 22.01.2024 | Wycieczka do Smart kids planet + warsztaty |  |
| 23.01.2024 | Multikino Targówek |  |
| 24.01.2024  | Warsztaty folklorystyczne |  |
| 25.01.2024 | Wycieczka do Minicity |  |
| 26.01.2024 | Wycieczka do PWiK |  |

1. Zgłoszenie dziecka na obiady w szkole (obiady w okresie od 22.01.2024 r. do 26.01.2024 r.)

**(Proszę o wpisanie TAK/NIE w poszczególne dni.**

|  |  |
| --- | --- |
| 22.01.2024 r.  |  |
| 23.01.2024 r.  |  |
| 24.01.2024 r.  |  |
| 25.01.2024 r.  |  |
| 26.01.2024 r.  |  |

1. **Oświadczam, że zapoznałem/-am się z regulaminem akcji „ZIMA W MIEŚCIE 2024”**

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

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

1. Zeznanie podatkowe – do wglądu osoby przyjmującej kartę zgłoszeniową.

|  |  |
| --- | --- |
| Jestem mieszkańcem Miasta Ząbki i rozliczam się w Urzędzie Skarbowym w Wołominie, posiadam aktywną kartę „Jestem z Ząbek” | Nie posiadam aktywnej karty „Jestemz Ząbek” |
|  |  |

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

Administratorem danych osobowych zawartych w niniejszej karcie jest Szkoła Podstawowa Nr 3 im. Małego Powstańca w Ząbkach,
z siedzibą przy ul. Kościelnej 2, 05-091 Ząbki. Dane te przetwarzane są wyłącznie w celu niezbędnym do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka, będącego uczestnikiem wypoczynku. Pełny obowiązek informacyjny został zamieszczony na stronie internetowej szkoły.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**VIII. ADNOTACJE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ KARTĘ**

Wpłynęło ………………………………… / karta „Jestem z Ząbek” …………………………………..

 (data, podpis) (tak / nie, podpis)

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU I SYLWETKI DZIECKA I DANYCH OSOBOWYCH**

**SZCZEGÓLNYCH KATEGORII**

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie zdjęć i filmów z wizerunkiem, głosem i sylwetką mojego dziecka przez Szkołę Podstawową Nr 3, ul. Kościelna 2, 05-091 Ząbki zarejestrowanych podczas zajęć organizowanych przez szkołę podczas akcji „ZIMA w mieście 2024” i zamieszczenie ich: (należy zaznaczyć X w kratce wyboru)

[X ] na stronie internetowej szkoły/przedszkola

[ X] na profilu szkoły/przedszkola na Facebook'u

[ X] prasie i mediach lokalnych

[ X] gazetce szkolnej

[ X] kronice szkolnej

[ X] tablicach szkolnych/przedszkolnych

[ X] materiałach promocyjnych szkoły/przedszkola

[X ] inne...................................................................

bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia.

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie, obróbkę i powielenie wykonanych zdjęć, nagrań i filmów. Oświadczenie moje ważne jest na cały okres uczestnictwa dziecka w akcji „ZIMA w mieście 2024”
w Szkole Podstawowej Nr 3 w Ząbkach. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wycofania niniejszej zgody w dowolnym momencie, w dowolnej formie, a jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

……………………………………………………

 (czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Administratorem danych osobowych w postaci wizerunku, sylwetki dziecka jest Szkoła Podstawowa Nr 3
w Ząbkach. Obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. zostaje spełniony poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej szkoły. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się pod numerem telefonu:783-220-250.Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych szczególnych kategorii (danych o zdrowiu) mojego dziecka, o których mowa w art. 9 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), które przekazuję dobrowolnie, w celu realizacji zadań oświatowych, zapewnienia bezpieczeństwa dziecka w czasie pobytu w placówce oraz umożliwienia dziecku korzystania z pełnej oferty edukacyjno-wychowawczej. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wycofania niniejszej zgody w dowolnym momencie, w dowolnej formie, a jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

 ………………………………………....

podpis rodzica/prawnego opiekuna

Administratorem danych osobowych szczególnych kategorii jest Szkoła Podstawowa Nr 3 przy ul. Kościelnej 2, 05-091 Ząbki. Dane przetwarzane są w celach określonych powyżej, w klauzuli „zgody”. Obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. zostaje spełniony poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej szkoły.
W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się pod numerem telefonu
783-220-250

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

**KWOTA EKSPLOATACYJNA + KOSZT WYCIECZEK**

„Z KARTĄ MIESZKŃCA ZĄBKI” **250 ZŁ+ 299 ZŁ** KOSZT WYCIECZEK
 **RAZEM 549 ZŁ.**

„ BEZ KARTY MIESZKAŃCA ZĄBKI” **400 ZŁ+ 299 ZŁ** KOSZT WYCIECZEK
**RAZEM 699 ZŁ**

**OBIAD 12 ZŁ /DZIEŃ**