

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki

x półkolonia

2. Termin wycieczki: x 1 – 26 sierpnia 2022

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki

DK Praga-Pałacyk Konopackiego, ul. Strzelecka 15/17, (7-18 lat)

L.O. im. B. Limanowskiego ul. Felińskiego 15, (7-18 lat)

2 Ogród Jordanowski ul. Odyńca 6, (7-12 lat)

3 Ogród Jordanowski ul. Wawelska 3, (7-18 lat)

Szkoła Ukraińska ul. Królewska 14, (7-18 lat)

Szkoła Ukraińska ul. Postępu 18A, (7-18 lat)

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko kandydata

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

.....

3. Rok urodzenia

.....

4. Numer PESEL uczestnika wycieczki (jeżeli jest nadany) w innym przypadku nr Paszportu

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

5. Adres zamieszkania w Polsce

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców³⁾

.....

.....

7. Numer telefonu rodziców/opiekunów lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki

.....

.....

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

.....

.....

.....

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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)

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

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

tężec

błonica

inne

.....
.....

.....

data i podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki

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

Postanawia się:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....
.....

.....

data podpis organizatora wycieczki

IV. 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

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

.....

.....

.....

.....

..... miejscowość,
data podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

miejscowość, data podpis wychowawcy wypoczynku

KARTA UCZESTNIKA AKCJI INTEGRACJA 2022

1. Imię i nazwisko

2. Adres email rodzica/opiekuna prawnego

(Na podany adres email będą przesyłane informacje dotyczące zapisów do Akcji integracja):

** w przypadku spełniania, proszę zaznaczyć X, w ostatniej kolumnie)

*Szkoła, do której kandydat aktualnie uczęszcza:

Do której klasy uczęszcza dziecko w roku szkolnym 2021/2022?*

Klasa I

Klasa II
Klasa III
Klasa IV
Klasa V
Klasa VI
Klasa VII
Klasa VIII

Numer legitymacji szkolnej (jeżeli jest):

Czy uczestnik samodzielnie wraca ze szkoły?

Tak

Nie
*Preferowane godziny pobytu dziecka w placówce:
* Informacje dotyczące powrotu/odbioru dziecka z placówki 1. Godzina powrotu z placówki:..... (proszę uzupełnić jeśli uczestnik wraca samodzielnie) 2. Uczestnik będzie odbierany przez (imię i nazwisko): (proszę uzupełnić jeśli uczeń nie wraca samodzielnie ze szkoły i będzie odbierany przez inne osoby niż rodzice/opiekunowie prawni)

Czy uczestnik posiada kartę miejską/bilet uprawniający do przejazdów komunikacją miejską

Tak / Nie

Uczeń posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego**

Tak

Jakie:

Nie

Czy dziecko posiada niepełnosprawność ruchową?*

Porusza się na wózku

Wymaga pomocy przy poruszaniu się
Ma trudności w poruszaniu się

*Czy uczeń może uczestniczyć w zajęciach rekreacyjnych i nie ma przeciwwskazań lekarskich do ćwiczeń ruchowych:

*Przeciwwskazania zdrowotne do udziału w zajęciach o charakterze sportowym**

Posiada przeciwwskazania, nie wyrażam zgody na uczestniczenie dziecka w zajęciach sportowych

Nie posiada przeciwwskazań, wyrażam zgodę na uczestniczenie dziecka w zajęciach sportowych

Nie posiada przeciwwskazań, ale nie wyrażam zgody na uczestniczenie dziecka w zajęciach sportowych

Uwagi:

.....
podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/opiekuna prawnego

Pouczenia dla rodziców/opiekunów prawnych

Akceptuję Regulamin Akcji Integracja.

Zapoznałem/am się i akceptuję organizację i zasady obowiązujące w Placówkach zaangażowanych w realizującej Akcję Integracja.

.....
podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/opiekuna prawnego

Zgoda rodziców/opiekunów prawnych

Oświadczam, iż zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1062 oraz z 2022 r. poz. 655) wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka / osoby, której jestem opiekunem prawnym* przez Fundację Inna Przestrzeń (z siedzibą przy ul Nowy Świat 23/25/lok. 32, 00-029 Warszawa) do celów informacyjno-promocyjnych związanych z Akcją Integracja, w formie zdjęć, filmów, utworów, w tym zamieszczanych na stronach internetowych placówek uczestniczących w Akcji Integracja oraz w lokalnej prasie.

Prosimy o świadome oznaczenie zgody, bowiem cofnięcie jej jest równoznaczne z usunięciem materiałów dokumentujących działania podejmowane w ramach organizacji Akcji Integracja.

TAK	NIE
-----	-----

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit a oraz art. 9 ust. 2 lit a 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka i mnie, jako rodzica/opiekuna prawnego, wskazanych w Karcie Uczestnika Akcji Integracja 2022 oraz dołączonych do niej dokumentach zawierających dodatkowe informacje dla placówki przez współadministratorów danych osobowych, tj. Fundację Inna Przestrzeń, Prezydenta m.st. Warszawy i placówki biorące udział w Akcji Integracja, w celu:

- zakwalifikowania dziecka do Akcji Integracja i jego w niej dalszego uczestnictwa,
- zorganizowania bezpłatnych przejazdów w celu realizacji Akcji Integracja,
- udziału grupy w zajęciach i imprezach miejskich,
- promocyjno-informacyjnym związanym z Akcją Integracja.

Wyrażenie zgody nie jest obowiązkowe, ale rozumiem, że jest warunkiem umożliwiającym ubieganie się o przyjęcie do Akcji Integracja oraz dalszego w nim uczestnictwa, co oznacza, że podanie danych zawartych w Karcie Uczestnika Akcji Integracja 2022 i dołączonych do niej dokumentów zawierających dodatkowe informacje dla placówki jest konieczne dla uczestniczenia w procesie zgłoszeń do Akcji Integracja i w samej akcji. Oświadczam także, iż wiem, iż mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę i że nie wpływa to na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/opiekuna prawnego

DODATKOWE INFORMACJE DLA SZKOŁY/PLACÓWKI DO, KTÓREJ KANDYDAT
ZOSTAŁ PRZYJĘTY:

INFORMACJA O OSOBACH UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA:

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Telefon kontaktowy:.....

2. Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Telefon kontaktowy: