

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**  
**Kolonia z programem YES!**  
**Fundacja Art of Living Polska**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: Kolonia/obóz
2. Adres placówki wypoczynku: Centrum Promocji Zdrowia, Taraska 19A, 26-337 Aleksandrów
3. Czas trwania wypoczynku: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Taraska, \_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

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

**II. WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_
2. Data urodzenia dziecka: \_\_\_\_\_, PESEL: \_\_\_\_\_
3. Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_
4. Dane rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

Imię i nazwisko matki (opiekunki): \_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_  
Tel. dom.: \_\_\_\_\_ Tel. kom.: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko ojca (opiekuna): \_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_  
Tel. dom.: \_\_\_\_\_ Tel. kom.: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Czy dziecko wcześniej uczestniczyło w programach Art of Living i jakich? \_\_\_\_\_  
Czy rodzice (opiekunowie) uczestniczyli w zajęciach Art of Living: Tak /Nie

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości: \_\_\_\_\_ zł  
Słownie: \_\_\_\_\_ zł

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
.....(podpis rodzica/ opiekuna)

**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, czy moczy się, czy występują przeciwwskazania do wykonywania ćwiczeń fizycznych).

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica/ opiekuna)

---

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH** lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wypisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec \_\_\_\_\_, błonica \_\_\_\_\_, dur \_\_\_\_\_, inne \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data)

\_\_\_\_\_ (podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

---

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU** (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data)

\_\_\_\_\_ (podpis wychowawcy lub rodzica/ opiekuna)

---

**VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu: \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data)

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

---

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało w Centrum Promocji Zdrowia, Taraska 19A, 26-337 Aleksandrów

od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data)

\_\_\_\_\_ (podpis kierownika wypoczynku)

---

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data)

\_\_\_\_\_ (podpis kierownika wypoczynku)

---

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data)

\_\_\_\_\_ (podpis wychowawcy)

---

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.*

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data)

\_\_\_\_\_ (podpis rodzica/ opiekuna)

---

## X. WARUNKI UCZESTNICTWA W WYPOCZYNKU

1. Koszty leczenia chorób przewlekłych lub nie wyleczonych przed wyjazdem oraz leczenia stomatologicznego pokrywają w całości rodzice.
2. Za rzeczy i przedmioty wartościowe oraz pieniądze nie przekazane wychowawcy organizator nie odpowiada.
3. Dziecko zobowiązane jest do posiadania legitymacji szkolnej oraz numeru PESEL.
4. Podczas kolonii/obozu stosowana jest dieta bezmięsna.
5. Uczestnik kolonii/obozu zobowiązany jest stosować się do poleceń wychowawców i do regulaminu kolonii/obozu. Na kolonii/obozie obowiązuje zakaz palenia tytoniu, picia alkoholu i używania środków odurzających. Nieprzestrzeganie w/w spowoduje natychmiastowe wydalenie uczestnika z kolonii/obozu i odesłanie na koszt rodziców/opiekunów do domu.
6. Rodzice/opiekunowie ponoszą odpowiedzialność materialną za szkody wyrządzone przez uczestnika podczas podróży i pobytu i zobowiązują się do pokrycia kosztów ich usunięcia.

*Ja niżej podpisany oświadczam, że warunki uczestnictwa w kolonii są mi znane i zastosuję się do nich.*

---

Podpis uczestnika

---

data

---

podpis rodzica/opiekuna

---

## XI. OŚWIADCZENIA I ZGODY

1. Stwierdzam, że podałam/-em wszystkie znane mi dane o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na koloniach/obozie Fundacji Art of Living Polska.
2. Wyrażam zgodę, aby w razie nagłych zachorowań czy wypadków, gdy nie będzie możliwości kontaktu z rodzicami lub opiekunami, decyzję o hospitalizacji i sposobie leczenia podjął wychowawca lub kierownik kolonii.
3. Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku leków lub zastosowanie przez wykwalifikowany personel medyczny innej opieki, jeżeli zaistnieje taka zdrowotna konieczność.
4. Zapoznałem się z Regulaminem kolonii/obozu i akceptuję go.

---

(miejsowość, data)

---

(podpis rodzica/ opiekuna)

---

## XII. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA KOLONII ORAZ RODZICA/OPIEKUNA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Art of Living Polska, z siedzibą w Warszawie, ul. Słomińskiego 19/55, 00-195 Warszawa, danych osobowych moich i mojego dziecka w celu rekrutacji, organizacji, prowadzenia i rozliczenia kolonii/obozu.

Informacje o przetwarzaniu danych:

1. Administratorem danych jest Fundacja Art of Living Polska, z siedzibą w Warszawie, ul. Słomińskiego 19/55, 00-195 Warszawa.
2. Kontakt do Administratora danych: tel. +48 575 149 108, email: [rodo@artofliving.pl](mailto:rodo@artofliving.pl).
3. Podstawa prawna: Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).
4. Pozyskane dane będą przechowywane przez okres wymagany prawem i/lub do zakończenia rozliczenia kolonii/obozu.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do podanych danych osobowych uczestnika kolonii i rodzica/opiekuna, prawo do sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych.
7. Więcej informacji na temat ochrony danych znajduje się na: [www.artofliving.pl/pl-pl/rodo](http://www.artofliving.pl/pl-pl/rodo).

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis ojca lub matki (opiekuna)

---

### **XIII. ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU UCZESTNIKA KOLONII**

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz z Ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006r., Nr 90, poz. 631 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie i rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka w celu promocji kolonii/obozu.

Jestem świadomy/a, że promocja będzie odbywać się poprzez zamieszczanie zdjęć i filmów z wypoczynku na stronach internetowych Fundacji Art of Living Polska, portalach społecznościowych oraz drukowanych materiałach reklamowych.

**UWAGA!** W przypadku braku zgody, Państwa dziecko nie będzie mogło zostać uwiecznione na fotografiach i filmach z wypoczynku sporządzonych przez lub na zlecenie Fundacji Art of Living Polska.

---

(podpis składającego oświadczenie – rodzica/prawnego opiekuna)