

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku – półkolonie letnie
2. Termin – od 30 czerwca 2025 r. do 11 lipca 2025 r. (pon.–pt.) w godz. 8:00 – 16:00
3. Adres – Szkoła Podstawowa w Mostach, ul. Szkolna 16, 81-198 Kosakowo

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko ucznia
2. Rok urodzenia ucznia
3. PESEL

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

4. W półkoloniach w szkole uczestniczy¹ ☐ po raz pierwszy ☐ po raz kolejny

5. Adres zamieszkania ucznia

6. Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

a) Matka / opiekun tel. kom.

b) Ojciec/ opiekun tel. kom.

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 stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, itp.)

.....
.....

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

tężec błonica inne

9. Uczeń jest ubezpieczony
(numer polisy ubezpieczeniowej)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Półkolonii, akceptuję jego warunki oraz zobowiązuję się do zapoznania z jego treścią dziecka, oraz w razie potrzeby, wyjaśnienia mu jego postanowień.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej dla potrzeb niezbędnych dla zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

¹ Właściwe zaznaczyć X

III. INFORMACJA O TERMINACH I PŁATNOŚCIACH

Termin złożenia karty kwalifikacyjnej uczestnika - do 6 czerwca 2025r.

Koszt półkolonii to kwota **1.500,00 zł** (słownie: tysiąc pięćset złotych)

Wpłaty należy dokonać na konto Zespołu Szkolno - Przedszkolnego w Mostach

nr 62 1020 1811 0000 0102 0311 6308

Termin wpłaty za półkolonie: do 13 czerwca 2025r.

Brak wpłaty w ustalonym terminie skutkuje skreśleniem dziecka z listy uczestników półkolonii.

Wniosek o wystawienie faktury imiennej za półkolonię – TAK / NIE (zaznaczyć właściwe)

Dane nabywcy do faktury (imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego oraz jego adres):

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI

.....
.....

UWAGA! Brak możliwości wnioskowania o wystawienie faktury po złożeniu karty!

Zostałam/em poinformowana/y na podstawie art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, że:		
Administratorem danych osobowych jest	Szkoła Podstawowa w Mostach, ul. Szkolna 16 81-198 Kosakowo	
Dane kontaktowe inspektora ochrony danych	iod.spmosty@gmail.com	
Celem przetwarzania jest	Realizacja zadań organizacji półkolonii	
Podstawą przetwarzania jest moja zgoda	Zgoda osoby, której dane dotyczą (rodziców/prawnych opiekunów)	
Prawnie uzasadnionym celem jest	Brak	
Odbiorcami danych osobowych są	Szkoła Podstawowa w Mostach	
Moje dane osobowe będą przechowywane do 31.08.2026 r. lub do dnia wycofania się ze zgody.		
Ze zgody mogę wycofać się w każdej chwili. Wycofanie się ze zgody należy złożyć pisemnie do administratora. Wycofanie się ze zgody wiąże się z brakiem możliwości przetwarzania moich danych oraz brakiem możliwości uczestnictwem w półkolonii.		
Mam prawo do: bycia poinformowanym, wglądu, poprawiania, wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, żądania dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, wniesienia skargi do organu nadzorczego, odszkodowania.		
Decyzje dotyczące przetwarzania danych osobowych uczestnika półkolonii nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany. Administrator nie profiluje danych osobowych.		
Administrator nie przewiduje przetwarzania danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.		
Podanie danych osobowych jest dobrowolne.		
Administrator po ustaniu celu przetwarzania planuje dalsze przetwarzanie danych tylko w przypadku, gdy osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę.		
Imię i nazwisko rodziców / prawnych opiekunów	Data	Podpis rodziców / prawnych opiekunów

Zgoda na przetwarzanie wizerunku dziecka – uczestnika półkolonii

OŚWIADCZENIE		
Ja, niżej podpisany: Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody¹ na przetwarzanie i publikowanie zdjęć mojego dziecka na wewnętrznych materiałach Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody¹ na przetwarzanie i publikowanie zdjęć mojego dziecka zdjęć na stronie FACEBOOK Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody¹ na przetwarzanie i publikowanie zdjęć mojego dziecka na stronie internetowej przez Szkołę Podstawową w Mostach. ¹ Niepotrzebne skreślić		
Zostałam/em poinformowana/y na podstawie art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, że:		
Administratorem danych osobowych jest	Szkoła Podstawowa w Mostach	
Dane kontaktowe inspektora ochrony danych	iod.spmosty@gmail.com	
Celem przetwarzania jest	Promocja szkoły i bieżące informowanie o przebiegu półkolonii	
Podstawą przetwarzania jest	Zgoda osoby, której dane dotyczą	
Odbiorcami danych osobowych są	Wszyscy, ponieważ wizerunek będzie podany do publicznej wiadomości	
Ze zgody mogę wycofać się w każdej chwili. Wycofanie się ze zgody należy złożyć pisemnie do administratora. Wycofanie się ze zgody wiąże się z brakiem możliwości przetwarzania wizerunku dziecka przez administratora od dnia złożenia wycofania, usunięciem wizerunku z materiałów wewnętrznych, FACEBOOK, strony internetowej.		
Mam prawo do: bycia poinformowanym, wglądu, poprawiania, wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, żądania dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, wniesienia skargi do organu nadzorczego, odszkodowania.		
Decyzje dotyczące przetwarzania danych osobowych uczestnika kolonii nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany. Administrator nie profiluje danych osobowych.		
Administrator nie przewiduje przetwarzania danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.		
Podanie danych osobowych jest dobrowolne.		
Administrator po ustaniu celu przetwarzania planuje dalsze przetwarzanie danych tylko w przypadku, gdy osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę.		
Imię i nazwisko rodziców / prawnych opiekunów	Data	Podpis rodziców / prawnych opiekunów

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

Postanawia się²:

- ☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- ☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

² Właściwe zaznaczyć X