



KARTA UCZESTNICTWA

Chorwacja, wyspa Iż, Termin: 2 – 11 lipca 2024 / 10 – 25 lipca 2024 / 23 lipca – 3 sierpnia 2024*

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Numer PESEL
4. Adres zamieszkania
5. Tel. kontaktowy
6. E-mail

WARUNKI UCZESTNICTWA W OBOZIE

1. Uczestnikiem obozu może zostać osoba pełnoletnia lub osoba powyżej 12 roku życia po przedłożeniu pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych.
2. Uczestnik obozu (w przypadku osoby niepełnoletniej jej rodzic/opiekun prawny) wypełnia ankietę dotyczącą jego stanu zdrowia. W przypadku wątpliwości odnośnie do własnego stanu zdrowia i sprawności psychofizycznej Uczestnik ma obowiązek zasięgnąć opinii lekarza co do możliwości uczestnictwa w obozie.
3. Uczestnik przyjmujący leki stale lub okresowo w trakcie obozu jest zobowiązany zgłosić ten fakt komendantowi i poinformować o charakterze stosowanych medykamentów. Informacja ta umożliwi poprawną reakcję w ewentualnych nagłych przypadkach.
4. Uczestnik obozu ma obowiązek w pełni podporządkować się decyzjom i poleceniom komendanta i instruktorów.
5. **Alkohol, papierosy, narkotyki lub inne poważne naruszenie regulaminu, np. samowolne opuszczenie ośrodka, odmowa uczestnictwa w zajęciach itp. skutkuje (po jednym bezskutecznym upomnieniu) powiadomieniem rodziców, a w sytuacji ostatecznej usunięciem z ośrodka i odesłaniem do kraju na koszt rodziców; regulamin obowiązuje także uczestników pełnoletnich!**
6. Uczestnik odpowiada za szkody wyrządzone w wyniku własnych działań w czasie trwania obozu. Uczestnik jest zobowiązany do pokrycia szkody w miejscu jej powstania, a w razie braku możliwości w terminie 2 tygodni od otrzymania rachunku.
7. Odpowiedzialność za zachowanie osoby nieletniej i wyrządzone przez nią szkody ponoszą jej rodzice/opiekunowie prawni.
8. Uczestnicy są ubezpieczeni w firmie TUiR Warta S.A.

ZGODA NA UCZESTNICTWO W OBOZIE OSOBY NIELETNIEJ

Imię i nazwisko

(rodzic lub prawny opiekun)

Adres

Telefon

Dowód tożsamości

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego(ej) syna/córki
w obozie organizowanym przez CSpŻ. Jednocześnie przyjmuję na siebie całą odpowiedzialność prawną z tego wynikającą.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/ prawnego opiekuna)

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Organizator obozu dokłada wszelkich starań, by zapewnić bezpieczeństwo wszystkim uczestnikom. Jednocześnie chcemy, aby uczestnicy obozu byli świadomi konieczności wzięcia odpowiedzialności za swoje własne bezpieczeństwo. **Twój zły stan zdrowia to ryzyko nie tylko dla Ciebie, ale również dla innych.** Niniejsze oświadczenie ma pomóc w zapewnieniu właściwej pomocy medycznej w razie wypadku. Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej ankiety, jednocześnie zapewniamy, że poniższe dane nie będą wykorzystywane w innych celach, aniżeli zapewnienie bezpieczeństwa Uczestnikowi obozu.

Czy cierpisz na cukrzycę lub epilepsję?	Tak	Nie
Czy masz problemy z sercem?	Tak	Nie
Czy masz problemy z oddychaniem?	Tak	Nie
Czy przeszedłeś przeszczep narządu wewnętrznego?	Tak	Nie
Czy jesteś w ciąży?	Tak	Nie
Czy cierpisz na jakąkolwiek inną przypadłość, o której powinniśmy wiedzieć?	Tak	Nie
Czy przyjmujesz stale leki?	Tak	Nie
Jakie?		
Czy ze względów zdrowotnych jesteś na diecie?	Tak	Nie
Jakiej?		

Jeśli odpowiedziałeś „Tak” na którekolwiek z pytań, poproś swojego lekarza o wypełnienie oświadczenia znajdującego się poniżej.

Jeśli przyjmujesz leki, przed wyjazdem upewnij się, że posiadasz zapas wystarczający na cały pobyt. Poprzez podpisanie tego oświadczenia deklarujesz, że jesteś świadom konsekwencji, jakie mogą wynikać z zatajenia informacji o stanie zdrowia, łącznie z utratą ubezpieczenia.

.....
(data, podpis Uczestnika lub rodzica/prawnego opiekuna)

Oświadczenie lekarza

Zaświadczam, że może

(imię, nazwisko, data urodzenia)

uczestniczyć w obozie żeglarskim w Chorwacji w terminie 2–11 lipca / 10–25 lipca / 23 lipca–3 sierpnia 2024*

.....
data, podpis lekarza

KLAUZULA RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych osobowych – Chrześcijańską Szkołę pod Żaglami z siedzibą statutową w Pelplinie.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem danych osobowych jest Chrześcijańska Szkoła pod Żaglami pod adresem: ul. Bydgoska 11, 89-412 Sośno, adres e-mail: sekretariat@cspz.pl;
- 2) dane osobowe przetwarzane są w celu wykonywania zadań statutowych CSpŻ,
- 3) podstawą do przetwarzania danych osobowych jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane;
- 5) dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa;
- 6) dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów;
- 7) dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu;
- 8) przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa prawo do: ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 9) przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W ramach wyrażonej zgody oświadczam, iż wiem i zostałem poinformowany, że moje dane osobowe zostaną powierzone przez CSpŻ innym podmiotom, jedynie i tylko w celach wymienionych wyżej.

.....
(miejsowość i data)

* niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)