****

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**

**Obozów KSM– LATO 2019**

**I INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:**Organizator Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży Diecezji Drohiczyńskiej

**- !!! Prosimy zaznaczyć właściwy turnus „X” !!! –**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TERMIN** | **MIEJSCE** | **RODZAJ WYPOCZYNKU** | **WIEK** | **KOSZT** | **ZAZNACZ** |
| 17.07-23.07.2019r. | BROK | WzW | 8-13 lat | 899 zł |  |
| 05.08-11.08.2019r. | BROK | WzW | 8-13 lat | 899 zł |  |

**II INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:**

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika:

………………………………………………………………………………………………...
2. Imiona i nazwiska rodziców:

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

3.Data urodzenia uczestnika: ………………………………………………………………………………………………...

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

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców podczas trwania wypoczynku:

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

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku: ……………………………………………………………………….………………………..
………………………………………………………………………………………………..

7. Informacje 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 stosownej 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): ………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………

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

tężec …………………………………………………………………………………………
błonica ………………………………………………………………………………………
dur ……………………………………………………………………………………………
inne……………………………………………………………………………………………………………...……..…………………………………………………………………………………………………………..…………….………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 oraz 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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000.)**

……………………………… ………………………………………………
 (miejscowość, data) (podpis rodziców/prawnych opiekunów)

**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
………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………...

……………………………….. …………………………………………….
 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**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) …………………

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

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

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

……………………………… …………………………………
 (miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

………………………………… …………………………………………
 (miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

**VII. Akceptacja warunków obozu**

1. Obozy organizowane są przez Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży Diecezji Drohiczyńskiej.
2. Program i regulamin obozu oparty jest na prewencyjnym modelu wychowawczym.
3. Uczestnik obozów zobowiązany jest do przestrzegania regulaminu obozów i innych przepisów, z którymi zostanie zapoznany.
4. Uczestnik obozu zobowiązany jest do uczestnictwa we Mszy Świętej i spotkaniach formacyjnych.
5. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą aktualną legitymację szkolną.
6. Kadra obozu nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe i pieniądze zgubione przez uczestnika obozu podczas podróży i w trakcie pobytu .
7. Uczestnikowi obozu zabrania się posiadania i spożywania narkotyków, alkoholu, środków odurzających oraz palenia papierosów.
8. W przypadku rażącego naruszenia regulaminu obozu – uczestnik może być wydalony z placówki wypoczynku. W takim przypadku rodzice są zobowiązani do osobistego odebrania dziecka z placówki wypoczynku lub po uzgodnieniu z kierownikiem obozu zobowiązują się do pokrycia kosztów podróży dziecka wraz z wychowawcą.
9. Rodzice ponoszą materialną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez dziecko.
10. Rodzice w przypadku zatajenia choroby dziecka sami pokrywają koszty leczenia podczas obozu.
11. Rodzice wyrażają zgodę na branie czynnego udziału przez dziecko w zajęciach ruchowych.
12. Opiekunami młodzieży podczas obozów będą nauczyciele aktywni zawodowo oraz osoby posiadające uprawnienie wychowawców.
13. **Organizator zastrzega sobie prawo do: zmiany terminów obozów oraz odwołania obozów w momencie zbyt małej ilości osób.**

**VIII. Warunki uczestnictwa:**

1. Zgłoszenia czyli wypełnioną kartę uczestnika, zgodę na przetwarzanie danych osobowych i zgodę na wykorzystanie wizerunku należy przesłać lub dostarczyć osobiście na adres:

**Biuro KSM,**

**ul. Kościelna 10, 17-312 Drohiczyn**

lub dostarczyć osobiście w dniach:
 pn. 9.00-16.00;
wt. – pt. w godz. 8.00 - 16.00

**INFORMACJE i PYTANIA:** numertel. 85 655 77 55, e-mail: **ksm@ksm-drohiczyn.pl**

**ORGANIZATOR ZAPEWNIA:**noclegi, wyżywienie, kadrę kierowniczą, wychowawczą i duchową, opiekę medyczną, wycieczki krajobrazowe, różnego rodzaju gry i zabawy oraz wiele niezapomnianych atrakcji!

**UCZESTNCY POWINNI ZABRAĆ ZE SOBA NA OBÓZ:**ważną legitymację szkolną, obuwie sportowe, ubrania, płaszcz przeciwdeszczowy, czapkę z daszkiem, kapcie, strój kąpielowy, leki na własne dolegliwości (również choroba lokomocyjna), różaniec, instrument muzyczny np. gitarę, o ile ktoś gra.

**UWAGA!!!**

1. W razie rezygnacji z wyjazdu na obóz wpłaty nie będą zwracane.
2. Osoby nie zgłoszone wcześniej nie będą przyjmowane.
3. Osoby zakwalifikowane zostaną powiadomione telefonicznie.
4. **Po otrzymaniu informacji o zakwalifikowaniu rodzic ma 7 dni na dokonanie wpłaty zaliczki w wysokości 399 zł . Pozostałą część wpłacić należy najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem obozu. Wpłaty można dokonać przelewem na numer konta: 89 8063 0001 0010 0104 6213 0009**
5. Ilość miejsc jest ograniczona. **Decyduje kolejność zgłoszeń!**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000.) oraz wyrażam zgodę na umieszczanie wizerunku mojego dziecka w mediach (prasa, telewizja, internet) w zakresie realizacji zadań związanych z promocją działalności, zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1191)

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

Oświadczam, że z programem i regulaminem obozu zapoznałam(em) się osobiście i przekazałam(em) dziecku.

………………………………… ……………………………………………….
 (miejscowość, data) (podpis rodziców/prawnych opiekunów)