****

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**

WARSZTATY RAPOWE

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ**  | **MIEJSCE** | **TERMIN** |
| **WARSZTATY RAPOWE** | **DROHICZYN** | **11-12.02.2022** |

**II INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA:**

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). W przypadku występowania u uczestnika chorób przewlekłych konieczne jest opinii lekarskiej o braku przeciwskazań zdrowotnych do udziału w wypoczynku: ………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

tężec…………………………………………………………………………………
błonica………………………………………………………………………………
dur……………………………………………………………………………………
**covid** ……………………………………………………………………………….
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)