**Kochani Rodzice kolejny rok pandemii za nami. Obostrzenia ulegają złagodzeniu, dlatego podejmujemy próbę zorganizowania XVII Półkolonii DW 2021. Bardzo proszę o wyrozumiałość i współpracę na każdym możliwym etapie. Proszę również o zapoznanie się i przestrzeganie wszystkich obowiązujących norm, reguł i zaleceń związanych z bezpieczeństwem Naszych Dzieci i Nas Samych. Jako Organizator zastrzegamy prawo do odstąpienia od realizacji XVII Półkolonie Dobrej Woli 2021, bez podania przyczyny. Liczę na Państwa współpracę i wsparcie.**

Z poważaniem,

**Jacek Zalewski**

**Kierownik Półkolonii i Rodzic**

**Liczba miejsc na Półkolonie jest ograniczona, obowiązuje kolejność zgłoszeń.**

**Uwaga! W związku z epidemią COVID-19 Uczestników obowiązują wytyczne Państwowej Inspekcji Sanitarnej, MZ i MEN. Obowiązkiem opiekuna jest zapoznanie się ze wspomnianymi wytycznymi i stosowanie się do nich, co zaświadczają podpisem pod kartą zgłoszenia.**

**Zebranie rodziców odbędzie się w piątek 30 lipca 2021 o godzinie 18.00, 05-506 Lesznowola w Zespole Szkół im Noblistów Polskich ul Szkolna 6 na stołówce.**

 **(więcej informacji pod nr tel. 602-748-816 lub e-mail** **jzal@poczta.onet.pl** **)**

KARTA ZGŁOSZENIA Na XVII Półkolonie Dobrej Woli 2021

organizowane przez Stowarzyszenie „Dobra Wola OPP”
**Miejsce: Szkoła Podstawowa w Nowej Iwicznej, ulica ul. Krasickiego 56, 05-515 Mysiadło**

**UWAGA!!! zebranie rodziców piątek 30-VII jest w Lesznowoli jak wyżej podano). 05-506 Lesznowola w Zespole Szkół im Noblistów Polskich ul Szkolna 6 na stołówce.**

**TERMIN (poniedziałek) 2.08.2021 – (piątek) 20.08.2021.
Zajęcia od poniedziałku do piątku w godz. 8:00-16:00**

**(godziny mogą ulec zmianie w przypadku wycieczek lub innych punktów programu, które będą tego wymagały)**

,'.

**I. ZGŁOSZENIE UDZIAŁU DZIECKA**

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko dziecka* | *Data urodzenia* |
| *Adres zameldowania:* |
| *Adres do korespondencji:**Jw.* |

*Telefony do rodziców:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *domowy* | *Komórkowy*  | *w pracy* |
|  |  | *Numer PESEL dziecka* |

|  |
| --- |
| *Stopień niepełnosprawności:* |
| *Nazwa i adres szkoły\*:* |

**II. RODZICE (OPIEKUNOWIE)\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *imię i nazwisko* | *Nazwa i adres miejsca pracy* |
| *matka (opiekunka)* |  |  |
| *ojciec (opiekun)* |  |  |

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU**

Dziecko jest uczulone *na* (podać na co: leki. rodzaj pokarmu, roztocza kurzu, inne)\*:

|  |
| --- |
|  |

Jakie leki zażywa stale (nazwy, dawki, pora zażywania)\*

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

|  |
| --- |
| Czy dziecko miewa ataki epilepsji?\*  |

**Proszę o dołączenie opinii psychologicznej dziecka i wyczerpujących informacji o dziecku, które ułatwią dostosowanie zajęć do możliwości i potrzeb dziecka (jego upodobania, problemy, itp.)**

|  |
| --- |
| **Upoważnienie:****Upoważniam ……………………………………………………………………………… do podawania lekarstw mojemu podopiecznemu zgodnie z w/w rodzajem i dawkami.****W razie zagrożenia życia i zdrowia podopiecznego zgadzam się na jego leczenie szpitalne zabiegi diagnostyczne, operacje.** **Oświadczam, że podałem/podałam wszystkie znane mi informacje o podopiecznym, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na półkolonii.** **Wyrażam zgodę na dowóz podopiecznego przez firmę przewozową: …………………………………………………………………...……………………………………….** Podpis rodzica lub opiekuna |

**Inne uwagi rodzica/opiekuna niezbędne do zapewnienia prawidłowego i bezpiecznego pobytu podopiecznego na półkoloniach\* (np. osoby upoważnione do zabrania podopiecznego z turnusu, nietypowe i trudne do przewidzenia okoliczności, o których wiedzę posiadają opiekunowie, sposoby reagowania dziecka w warunkach krytycznych i inne).**

**W nagłej potrzebie np. wystąpienia objawów chorobowych lub innych mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo podopiecznego, po otrzymaniu informacji od wychowawcy zobowiązuję się do natychmiastowego przybycia w celu odebrania podopiecznego z zajęć.**

**Oświadczam, że podałem/podałam wszystkie informacje niezbędne do zapewnienia mojemu podopiecznemu prawidłowego i bezpiecznego pobytu podczas trwania turnusu.**

**Wyrażam zgodę na publikacje materiałów i wizerunku mojego podopiecznego zgodnie z potrzebami promocyjnymi i sprawozdawczymi organizatora, w mediach i na innych nośnikach informacji, zachowując prawo do wglądu we wspomniane materiały oraz nanoszenie w nich stosownych zmian.**

Integralną częścią Karty Zgłoszeniowej jest **Oświadczenie Uczestnika Imprezy** i **Klauzula Informacyjna RODO**.

Klauzula RODO dotycząca danych osobowych uczestnika i jego prawnego opiekuna jest dostępna na stronie: **www.dobrawola.org.pl**, administratorem Państwa danych jest Stowarzyszenie Dobra Wola OPP KRS 0000256560 05-515 Nowa Iwiczna, ul Modrzewiowa 3, inspektorem danych osobowych w organizacji jest Pan Bogusław Mościcki.

**Zaświadczam zapoznanie się z wytycznymi Państwowej Inspekcji Sanitarnej, MZ i MEN w zakresie organizacji wypoczynku oraz stosowanie się do nich.**

…………………………………………………………………………………..

*(czytelny podpis opiekuna)*

\* Uwaga: Proszę NIE ZOSTAWIAĆ PUSTYCH RUBRYK, tylko wpisać: NIE DOTYCZY lub przekreślić

Nowa Iwiczna, dnia 2021 roku

*(Imię i nazwisko Uczestnika lub prawnego opiekuna)*

*(Numer dokumentu tożsamości)*

 *(Adres zamieszkania Uczestnika lub prawnego opiekuna)*

*(Dane kontaktowe – numer telefonu, adres e-mail)*

Oświadczenie Uczestnika Imprezy

Ja, niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Dobra Wola OPP KRS 0000256560. Oświadczam i gwarantuję, że jestem autorem treści zawartych na Karcie Zgłoszeniowej, oraz że nie naruszają one jakichkolwiek praw osób trzecich.

  *(miejscowość, data, czytelny podpis)*

*W załączeniu:*

*- Klauzula informacyjna RODO (verte)*

Klauzula informacyjna RODO:

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku Stowarzyszenie Dobra Wola OPP KRS 0000256560.zwane dalej Stowarzyszenie informuję, że:*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *Stowarzyszenie Dobra Wola OPP KRS 0000256560 05-515 Nowa Iwiczna ul Modrzewiowa 3* „Wszelką korespondencję dotyczącą przetwarzania danych osobowych należy kierować na adres: *Stowarzyszenie Dobra Wola OPP KRS 0000256560 05-515 Nowa Iwiczna ul Modrzewiowa 3* „z dopiskiem „Administrator Danych Osobowych” lub mailowo na adres jzal@poczta.onet.pl
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia imprez dla osób niepełnosprawnych na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych;
3. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą Stowarzyszenie i osoby realizujące imprezy. a w razie niezbędnej konieczności zostaną udostępnione innym podmiotom uczestniczącym imprezach;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres prowadzonych imprez przez Stowarzyszenie.
5. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
6. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku;
7. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolnie, lecz konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wzięcia udziału w imprezach organizowanych przez Stowarzyszenie.

*Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią powyższej informacji*

  *(miejscowość, data, czytelny podpis)*