**Kochani Rodzice/Opiekunowie, powróciliśmy do normalności ale musimy rozważnie i właściwie postępować w bieżącej sytuacji. Podejmujemy próbę zorganizowania XXI Półkolonii DW 2025. Bardzo proszę o wyrozumiałość i współpracę na każdym możliwym etapie. Proszę również o zapoznanie się i przestrzeganie wszystkich obowiązujących norm, reguł i zaleceń. Jako Organizator zastrzegamy prawo do odstąpienia od realizacji XXI Półkolonie Dobrej Woli 2025 bez podania przyczyny. Liczę na Państwa współpracę i wsparcie.**

**Z poważaniem,**

**Jacek Zalewski**

**Kierownik Półkolonii i Rodzic**

**Liczba miejsc ograniczona, obowiązuje kolejność zgłoszeń.**

**Uwaga: Korona wirus COVID-19 skończył się ale z uwagi na bezpieczeństwo uczestników, obowiązują aktualne wytyczne MZ, MEN i GIS obowiązkiem opiekuna jest zapoznanie się ze wspomnianymi wytycznymi i stosowanie się do nich, co zaświadczają podpisem pod kartą zgłoszenia.**

***Zebranie rodziców zamieniliśmy na ustalenia telefoniczne i/lub mailingowe***

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

**KARTA ZGŁOSZENIA**

**Na XXI Półkolonie Dobrej Woli 2025**

*organizowane przez Stowarzyszenie „Dobra Wola OPP”*

**Na terenie Szkoły Podstawowej w Łazach, gminy Lesznowola, 05-552 Łazy, ul. Ks. Słojewskiego 1.
Wypełnioną kartę z załącznikami należy przesłać na adres mailowy: jzal@poczta.onet.pl**

 **UWAGA!!! zebrania rodziców w 2025 roku nie będzie.**

**Wszystkie uzgodnienia zostaną przekazana telefonicznie lub mailowo**

**TERMIN start półkolonii (piątek) 1.08.2025 – koniec półkolonii (piątek) 22.08.2025 zajęcia od poniedziałku do piątku 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:* |

*Telefony do rodziców/opiekunów*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Mama/opiekunka* |  |  |
| Tata/opiekun |  |  |

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

**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 wyczerpujące informacje 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 (-am) 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/am 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. Mając prawo do wglądu we wspomniane materiały oraz nanoszenie w nich stosownych zmian.**

Integralną częścią Karty Zgłoszeniowej jest oświadczenie uczestnika i klauzula informacyjna.

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 05-650 Watraszew 37, inspektorem danych osobowych w organizacji jest Pan Bogusław Mościcki
**Zaświadczam zapoznanie się z wytycznymi Państwowej Inspekcji Sanitarnej
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

**Informacje dotyczące karty zgłoszeniowej pod telefonem 602 748 816**

Watraszew, dnia 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/a 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*

 **Klauzula informacyjna**

**Klauzula informacyjna:**

*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 05-560 Watraszew 37.* „Wszelką korespondencję dotyczącą przetwarzania danych osobowych należy kierować na adres: *Stowarzyszenie Dobra Wola OPP KRS 0000256560 05-650 Watraszew 37*  „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.
8. Zgadzam się na publikację wizerunku dziecka w mediach społecznościowych i publikatorach typu gazety, programy i audycje telewizyjne/radiowe i inne.

*Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję treść powyższej informacji*

…………………………………………………………………..

  *(miejscowość, data, czytelny podpis)*