|  |
| --- |
| **Data i godzina złożenia: (wypełnia sekretariat)** |

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku1) : półkolonia

2. Termin wypoczynku**:**

* **27.06 – 01.07**
* **04.07 – 08.07**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

**Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 3 w Kościerzynie, ul. Mestwina II 2, 83-400 Kościerzyna**

............................................................ .........................................................................

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

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

1. Imiona i nazwiska rodziców

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

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

1. Rok urodzenia ………………………………………………………………………….……………………….
2. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

1. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..………………………..
2. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców3)

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

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

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

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

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

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

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

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

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

1. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej 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)

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

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

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

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

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

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

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

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

(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się1):

* zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
* odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

..................................... .........................................................................

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

1. **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) .............................................

..................................... .........................................................................

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

1. **INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

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

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

............................................................ .........................................................................

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

1. **INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................... .....................................................................................................................................................................................

............................................................ .........................................................................

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

|  |  |
| --- | --- |
| Zgodnie z art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) poniżej przekazuję następujące informacje: | |
| **W zakresie przyjęcia karty kwalifikacyjnej uczestnika wypoczynku** | |
| TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA | Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Szkolno- Przedszkolny nr 3 w Kościerzynie |
| DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA | Ul. Mestwina II 2, 83-400 Kościerzyna, numer telefonu 58 686 38 67,  e-mail: sekretariat.zsp3@koscierzyna.gda.pl |
| CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA | Państwa dane będą przetwarzane w celu przyjęcia karty kwalifikacyjnej uczestnika wypoczynku. Podstawą przetwarzania jest realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz jest ono niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym (art. 6 ust. 1 lit e oraz 9 ust. 2 lit. g RODO). |
| OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH | W powyżej wskazanym celu dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż do 24.06.2022. |
| **W zakresie organizacji półkolonii i sprawowania opieki nad uczestnikiem** | |
| TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA | Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 3 w Kościerzynie |
| DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA | Ul. Mestwina II 2, 83-400 Kościerzyna, numer telefonu 58 686 38 67  e-mail: [sekretariat.zsp3@koscierzyna.gda.pl.](mailto:sekretariat.zsp3@koscierzyna.gda.pl.) |
| CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA | Państwa dane będą przetwarzane w celu zapewnienia opieki Państwa dziecku podczas organizowanych półkolonii letnich w terminie wskazanym przez Państwa w karcie kwalifikacyjnej półkolonii. Podstawą przetwarzania jest realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz jest ono niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym (art. 6 ust. 1 lit e oraz 9 ust. 2 lit. g RODO). |
| OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH | Dane osobowe będą przetwarzane do końca roku kalendarzowego w którym zostały zebrane, a po tym czasie przez okres wymagany zgodnie z przepisami prawa o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, dla wykonywania obowiązków archiwizacyjnych. |
|  | |
| DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH | W szkole wyznaczono Inspektora Ochrony Danych. Można się z nim skontaktować za pośrednictwem telefonu 58 680 23 29, poczty elektronicznej [iod.oswiata@koscierzyna.gda.pl](mailto:iod.oswiata@koscierzyna.gda.pl), poczty tradycyjnej lub osobiście pod adresem wskazanym powyżej. |
| ODBIORCY DANYCH | Dane osobowe będą udostępniane, jeżeli będzie się to wiązało z realizacją uprawnienia, bądź obowiązku wynikającego z przepisów prawa – dotyczy to  w szczególności organów uprawnionych do kontroli |
| PRAWA PODMIOTÓW DANYCH | Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych oraz prawo ich sprostowania, sprzeciwu, ich usunięcia po upływie wskazanych okresów lub ograniczenia ich przetwarzania. |
| PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO | Przysługuje Państwu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531-03-00. |
| ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI, W TYM PROFILOWANIE | Dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji,  w tym profilowaniu. |
| INFORMACJA O OBOWIĄZKU LUB DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH I KONSEKWENCJACH NIEPODANIA DANYCH | Przekazanie nam danych osobowych we wskazanym wyżej celu jest dobrowolne, ale wymagane do uczestnictwa dziecka w półkoloniach |
| INFORMACJA O PRZEKAZYWANIU DANYCH DO PAŃSTWA TRZECIEGO | Szkoła nie przekazuje danych osobowych do państw trzecich i organizacji międzynarodowych. |