

# KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO UDZIAŁU W ZIMOWISKU W BPICAK W MIĘDZYCHODZIE

## TERMIN ZIMOWISKA

20.01.2025 r. -24.01.2025 r.

*Wypełnia rodzic lub opiekun prawny*

### I. Wniosek rodziców (opiekunów prawnych) o przyjęcie dziecka na wypoczynek

.....  
Imię i nazwisko zgłaszanego dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Pesel .....

Wiek dziecka .....

Imiona i nazwisko rodziców (opiekunów) .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy: .....

### II. Osoby upoważnione do odbioru dziecka (poza rodzicami lub opiekunami prawnymi)

*Zobowiązuję się do punktualnego odbioru dziecka z zimowiska. Osoby upoważnione do odbioru dziecka (prosimy podać więcej niż jedną osobę, gdyby wystąpiły jakieś nieprzewidziane okoliczności i rodzice nie mogliby odebrać dziecka)*

Lp.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Numer dowodu osobistego	Podpis rodzica
1.				
2.				

### III. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka

Czy dziecko jest na coś uczulone? <b>Dotyczy także pokarmów</b>	<b>Tak</b> (na co, czego dziecko nie może jeść?) ..... .....	<b>Nie</b>
Czy istnieją przeciwwskazania do wysiłku?	<b>Tak</b> (jakie?) ..... .....	<b>Nie</b>

Czy dziecko cierpi na jakieś choroby lub występują u niego różne dolegliwości?	<b>Tak</b> (właściwe podkreślić) Padaczka, krwawienie z nosa, omdlenia, duszności, silne bóle głowy, brzucha inne (jakie?) ..... .....	<b>Nie</b>
Czy dziecko przyjmuje jakieś leki?	<b>Tak</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• przyczyny (nazwa choroby): .....</li><li>• nazwy i dawki i godziny przyjmowanego leku: .....</li><li>• czy dziecko przyjmuje leki samodzielnie: .....</li></ul>	<b>Nie</b>
Dziecko jazdę autokarem znosi:	<b>Źle</b> (jakie środki wtedy przyjmuje?) .....	<b>Dobrze</b>
Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny lub okulary?	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)	<b>tęzec</b> ..... <b>blonica</b> ..... <b>dur</b> ..... <b>inne</b> ..... ..... .....	
Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka	.....	

Informacja o specjalnych potrzebach uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

.....

.....

.....

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE INFORMACJE O MOIM DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA KOLONIACH.**

.....  
(data, podpis rodziców/opiekunów)

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na udział **mojego dziecka** w półkolonii organizowanej przez Bibliotekę Publiczną i Centrum Animacji Kultury im. Jana Daniela Janockiego w Międzychodzie.

Oświadczam, że:

1. Stan zdrowia **mojego dziecka** pozwala na uczestnictwo w półkolonii.
2. Oświadczam, że **moje dziecko** jest objęte ubezpieczeniem.
3. Odpowiadam za bezpieczeństwo **mojego dziecka** przed rozpoczęciem półkolonii i po jej zakończeniu.
4. Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udział w **mojego dziecka** w półkolonii.
5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem półkolonii organizowanej przez BPiCAK w Międzychodzie w 2024r.

.....  
(data, podpis rodziców/opiekunów)

## ZGODA NA PRZETWARZANIE WIZERUNKU

Na podstawie 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 oświadczam, że:

Ja, niżej podpisany/-a ..... wyrażam zgodę na nieodpłatne, wielokrotne rozpowszechnienie wizerunku **mojego dziecka** ....., poprzez publikacje zdjęć oraz nagrań wideo i umieszczenie ich w celach promocyjnych:

- na stronie internetowej,
- na portalu społecznościowym Facebook,
- na łamach prasy lokalnej, ogólnokrajowej, w radiu
- w folderach kroniki,
- na wystawach, tablicach ogłoszeniowych,
- plakatach i broszurach

Jednocześnie oświadczam, że zdjęcia i materiały wideo nie naruszają dóbr osobistych. Wizerunek może być przetwarzany w różnych formach - elektronicznych, papierowych, kadrowania i kompozycji.

.....  
(data, podpis rodziców/opiekunów)

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

Na podstawie 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 oświadczam, że:

Ja, niżej podpisany/-a ..... wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w postaci numeru/numerów telefonu w celach kontaktowych.

.....  
(data, podpis rodziców/opiekunów)

Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Biblioteka Publiczna i Centrum Animacji Kultury im. J. D. Janockiego w Międzychodzie, Pl. Kościuszki 9, 64-400 Międzychód. Z pełną treścią obowiązku informacyjnego można zapoznać się w siedzibie administratora w sekretariacie.

**Część B. Wypełnia organizator wycieczki.**

**IV. DECYZJA O KWALIFIKACJI DZIECKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wycieczkę.
2. Odmówić skierowania dziecka na wycieczkę ze względu:

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

.....

(data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

**V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYCIECZKI POBYTU DZIECKA  
W MIEJSCU WYCIECZKI**

Dziecko przebywało na

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

(forma i adres miejsca wycieczki)

od dnia ..... do dnia ..... 2025 r.

.....

(data)

.....

(podpis kierownika wycieczki)

**VI. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA DZIECKA  
W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, itp.)**

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

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej  
opiekę medyczną podczas wypoczynku)

**VII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS  
TRWANIA WYPOCZYNKU**

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)