



ŚLĄSKI ZWIĄZEK PIŁKI NOŻNEJ

40-028 KATOWICE, ul. Francuska 32, tel. 32 256 21 78, fax 32 256 27 45

email : slaski@zpn.pl · www.slzpn.katowice.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA ZGRUPOWANIA

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku:

Zgrupowanie sportowe - „Akcja Lato 2019”

2. Adres wypoczynku:

Ośrodek Sportowy BTS Rekord Bielsko– Biała ul. Startowa 13

3. Czas trwania wypoczynku:

od

do

(miejsowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data i miejsce urodzenia

3. Adres zamieszkania, telefon

4. Nazwa i adres klubu

5. Adres rodziców (opiekunów)
dziecka

Tel.

6. PESEL

(miejsowość, data)

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

(miejsowość, data)

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

Szczepienia ochronne (podać rok)

Tężec

Błonica

Dur

Inne:

(miejsowość, data)

(podpis lekarza, ojca, matki lub opiekuna)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

(miejsowość, data)

(podpis wychowawcy, ojca, matki lub opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się: Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek **TAK / NIE**
Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu: **TAK / NIE**

(miejsowość, data)

(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: **Obóz sportowy - „ Akcji Lato 2019”**
2. Adres wypoczynku: **Ośrodek Sportowy BTS Rekord Bielsko– Biała ul. Startowa 13**
3. Czas trwania wypoczynku: od do

(miejsowość, data)

(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

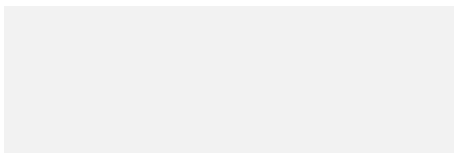
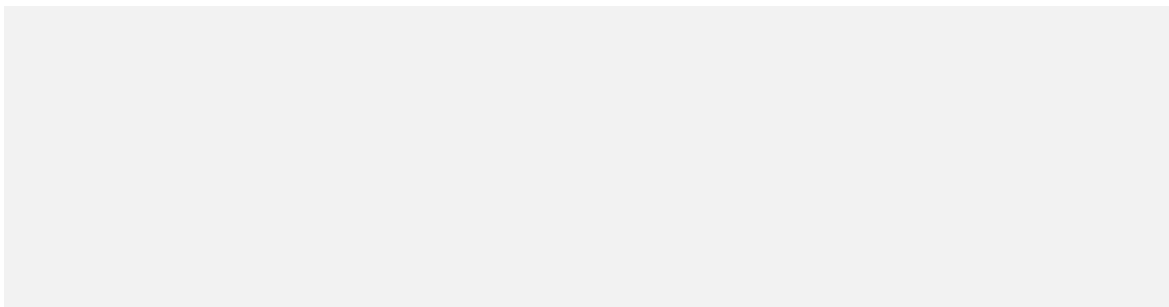
(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka:

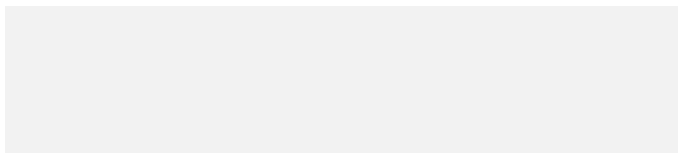
(miejsowość, data)

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

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



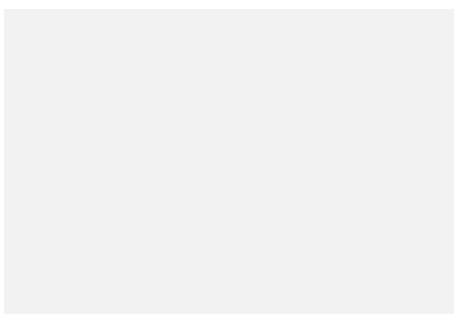
(miejsowość, data)



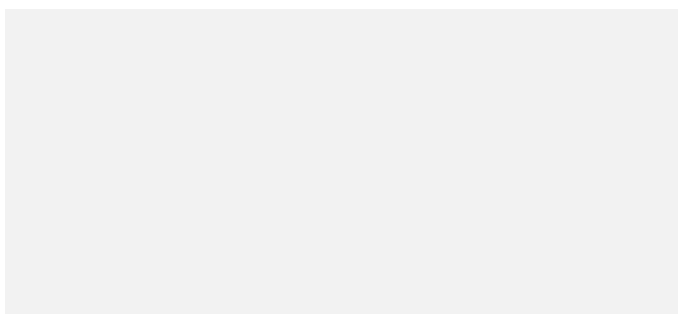
(podpis wychowawcy/instruktora)

Na podstawie Art. 6 ust. 1 a) w nawiązaniu do Art. 9 ust. 2 pkt a), h) 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 (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych) rodzice / opiekunowie prawni wyrażają zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej przez Administratora Danych Śląski Związek Piłki Nożnej w Katowicach w celu realizacji Akcji Lato 2019 r. w tym w szczególności w zakresie niezbędnym dla zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

Obowiązek informacyjny Art. 13 Rozporządzenia Ogólnego zrealizowany został poprzez umieszczenie Klauzuli Informacyjnej w regulaminie Akcji Lato 2019, z którym zapoznali się i zaakceptowali rodzice / opiekunowie prawni zgłaszający uczestnika na zgrupowanie.



(miejsowość, data)



(podpis ojca, matki lub opiekuna)