**Wypełnia rodzic/ opiekun zakwalifikowanego na półkolonie dziecka/ podopiecznego**

Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie wizerunku mojego / mojego dziecka wizerunku i zdjęć z wizerunkiem uczestników półkolonii organizowanych przez MSP 5 w Piekarach Śl. w celach związanych z realizacją zadań statutowych, promocji i prezentacji placówki, oraz umieszczanie relacji (zdjęć i filmów)
z zajęć na stronie www.msp5piekary.edupage.org , Facebooku MSP5 oraz stronie Urzędu Miasta Piekary Śląskie.

 TAK NIE

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji drogą elektroniczną przez MSP 5 w Piekarach Śląskich zgodnie z ustawą z dn. 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.) na adres email: …………………………………………………………………………………………………………………………..

 TAK NIE

Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w zajęciach podczas trwania półkolonii także poza terenem placówki.

 TAK NIE

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót dziecka do domu po skończonych zajęciach.

 TAK NIE

***\*zaznaczyć właściwą odpowiedź***

**Proszę wymienić osoby upoważnione do odbioru dziecka z placówki po skończonych zajęciach:**

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

Wypełniając i podpisując kartę uczestnika potwierdzam, że zapoznałam/zapoznałem się z klauzulą informacyjną MSP5.

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

 Miejscowość, data Podpis rodzica/ opiekuna

**Uwaga:**

**w przypadku rezygnacji z uczestnictwa, prosimy o niezwłoczne poinformowanie o tym fakcie organizatora w celu umożliwienia dzieciom z listy rezerwowej udziału w półkoloniach!**

***Administratorem Danych Osobowych*** *jest Miejska Szkołą Podstawowa nr 5 w Piekarach Śląskich
ul. Chopina 11, 41-940 Piekary Śląskie. Kontakt z Administratorem: pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: ul. Chopina 11 , 41-940 Piekary Śląskie, telefonicznie
pod nr: 667992293lub pocztą email:* *msp5@poczta.fm*

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

**UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

*(w oparciu o załącznik do rozporządzenia MEN z dnia 30 marca 2016 r.
w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży - Dz. U. z 2016 r. poz. 452 z późn. zm.)*

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku PÓŁKOLONIA

2. Termin wypoczynku 16.01.2023 r. - 20.01.2023r.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: MSP 5 w Piekarach Śląskich,
ul. Chopina 11 oraz poza placówką – wycieczki zgodnie z programem

Piekary Śląskie,

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

 (miejscowość, data) (podpis i pieczątka organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko

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

2. Imiona i nazwiska rodziców

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

3. Rok urodzenia uczestnika

………………………………………………………………

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku:

5. Adres zamieszkania uczestnika

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

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców, jeśli jest inny od adresu uczestnika

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

7. Numer telefonu rodziców/opiekunów uczestnika wypoczynku

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. 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)

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

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

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

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

tężec ……………………………………………………………………………………………………………..……………………………

błonica ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

inne ………………………………………………………………………………………………………………….…........................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 (data) (podpis rodziców/opiekunów uczestnika wypoczynku)

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

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

Postanawia się:

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

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

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

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

 (data) (podpis organizatora wypoczynku)

**IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał :

MIEJSKA SZKOŁA PODSTAWOWA NR 5 W PIEKARACH ŚL., CHOPINA 11

 (adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ................... do dnia (dzień, miesiąc, rok) ...................

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

 (data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

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

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

 (miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

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

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

 (miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

–––––––––––––––

1) Właściwe zaznaczyć znakiem „X”