

Karta zgłoszeniowa

dla uczestnika projektu

Wakacje na Wyspie

2022



TERMIN WYBRANEGO OBOZU:	
--------------------------------	--

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU		
IMIĘ I NAZWISKO:		
DATA URODZENIA		
ADRES ZAMIESZKANIA	ULICA <small>(NR BLOKU I MIESZKANIA)</small>	
	KOD POCZTOWY	
	MIEJSCOWOŚĆ	
	KRAJ	
DANE KONTAKTOWE	TELEFON	
	E-MAIL	
PESEL		
NR I SERIA <small>DOWODU OSOBISTEGO /PASZPORTU/ LEGITYMACJI SZKOLNEJ</small>		
Czy posiadasz aktualny Unijny Certyfikat Covid?	TAK / NIE	

DANE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH		
IMIONA I NAZWISKA	1	
	2	
ADRES ZAMIESZKANIA	ULICA	
	KOD POCZTOWY	
	MIEJSCOWOŚĆ	
DANE KONTAKTOWE	TELEFON	
	E-MAIL	

podpis rodzica/ opiekuna prawnego

podpis uczestnika projektu

TRANSPORT		
<p>UWAGA! Organizatorzy spotkań refundują w 100 procentach podróż autobusem rejsowym do Chorzowa i z powrotem do Niemiec. W przypadku przejazdu samochodem prywatnym lub innym środkiem transportu zwracamy uczestnikowi ryczałt według stawek PNWM.</p>		
Jaki sposób dojazdu do Chorzowa wybierasz?	Autobus rejsowy Samochód prywatny Samolot, inne	
INFORMACJE PERSONALNE		
W jakich językach się porozumiewasz?	POLSKI, NIEMIECKI, ANGIELSKI, INNY	

II. Zobowiązania, zezwolenia i oświadczenia

- Oświadczam, że zapoznałam(-em) się i akceptuję regulamin Międzynarodowego Domu Spotkań Wolontariuszy "Wigilijne Miasteczko" oraz warunki uczestnictwa na **obozie międzynarodowym** mojego dziecka w wyżej podanym terminie projektu na terenie Międzynarodowego Domu Spotkań Wolontariuszy "Wigilijne Miasteczko" w Chorzowie w Polsce.
- Oświadczam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o uczestniku projektu, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie jego pobytu na obozie.
- Oświadczam, że uczestnik projektu przyjmuje na stałe leki, na dowód czego załączam odpowiednie zaświadczenie lekarskie i spis leków, oraz że wyposażam go w odpowiednie leki (w przypadku ich zażywania na stałe) w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całej formy wypoczynku i jednocześnie przekazuję je opiekunowi.
- Oświadczam, że w razie zagrożenia życia w/w uczestnika projektu zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez właściwy personel służby zdrowia.
- Upoważniam organizatora projektu ze strony Towarzystwa Ochrony Praw i Godności Dziecka "Wyspa" Annę Mariolę Sierotnik oraz koordynatora w/w projektu Magdalenę Annę Sierotnik do informowania o stanie zdrowia w/w uczestnika projektu
- Przyjmuję do wiadomości, że Towarzystwo Ochrony Praw i Godności Dziecka "Wyspa" nie ponosi odpowiedzialności za zniszczone/zgubione przedmioty wartościowe posiadane przez w/w uczestnika projektu.
- Zobowiązuję się do odebrania uczestnika projektu na własny koszt z obozu w przypadku gdy jego zachowanie zagraża zdrowiu lub życiu jego, bądź innych.
W przypadku zniszczenia przez uczestnika projektu własności Towarzystwa Ochrony Praw i Godności Dziecka "Wyspa" oraz Międzynarodowego Domu Spotkań "Wigilijne Miasteczko" zobowiązuję się do pokrycia szkód wyrządzonych przez niego w stawkach ustalonych przez TOPiGD "Wyspa".

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ochrony Praw i Godności Dziecka „WYSPA” w Chorzowie mojego (czyt. w/w uczestnika projektu) wizerunku tj. użycie mojego wizerunku do celów statutowych TOPiGD „WYSPA” na czas niezbędny do realizacji projektu.

Zgoda na przetwarzanie mojego wizerunku obejmuje: tworzenie, powielanie, kadrowanie oraz kompozycję wizerunku w materiałach TOPiGD „WYSPA” używanych w ramach prowadzenia przez nie działalności statutowej.

Jednocześnie zezwalam/nie zezwalam* na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego wizerunku w celach promocyjnych, w celach informacyjnych związanych z prowadzoną działalnością przez TOPiGD „WYSPA” w formach:

- zamieszczenie wizerunku w strukturze obozu,
- rejestrowanie wizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową TOPiGD „WYSPA”,
- publikacji na stronie internetowej: wypachorzow.pl, profilu na facebooku i instagramie, Google +
- umieszczenia na identyfikatorze – o ile występuje,
- publikacji w informatorze promocyjnym,

- publikacji w ofertach przekazywanych podmiotom finansującym / dofinansującym / wspierającym w ramach rozliczenia,
- uwiecznienie mojego na filmie lub zdjęciach wykonanych w celach reportażowych/ sprawozdaniach poprzez media lokalne oraz ogólnopolskie .

Zezwalam na udostępnienie zdjęć, na których znajduje się mój wizerunek pozostałym uczestnikom obozów międzynarodowych organizowanych przez Towarzystwo Ochrony Praw i Godności Dziecka "Wyspa".

Zezwolenie dotyczy fotografii przedstawiającej mój wizerunek w postaci zarówno całej sylwetki, jak i portretu, osobno lub w zestawieniu z wizerunkami innych osób.

Oświadczam ponadto, że zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku wyrażam dobrowolnie.

Administratorem danych osobowych jest **Towarzystwo Ochrony Praw i Godności Dziecka „Wyspa” 41-500 CHORZÓW, ul. Styczyńskiego 13b**. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust 1 lit. a, c, f Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), na potrzeby oraz w celu przyjęcia zgłoszenia, dokonania niezbędnych rozliczeń, koordynacji działań programowych i wypoczynku, archiwizacji kart kwalifikacyjnych, rozpatrzenia ewentualnych reklamacji w przypadku jej złożenia, bądź ewentualnego dochodzenia roszczeń, jak też marketingu bezpośredniego prowadzonego w formie tradycyjnej, dotyczącego własnych produktów lub usług, co nie wymaga zgody. Za odrębnie wyrażonymi zgodami dane osobowe mogą być przetwarzane w celach marketingowych podejmowanych samodzielnie lub we współpracy z innymi podmiotami. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Dane przetwarzane dla celów związanych z realizacją przedmiotu formy wypoczynku będą przetwarzane przez czas świadczenia usługi. Dane przetwarzane w związku z dochodzeniem ewentualnych roszczeń będą przetwarzane przez 5 lata od zakończenia formy wypoczynku. Natomiast dane przetwarzane dla celów rozliczeń będą przetwarzane przez okres 10 lat od zakończenia roku obrotowego, w którym wystawiono ostatni dokument księgowy. Uczestnik posiada prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody (w przypadku jej wyrażenia) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Ma także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO. Podanie danych w zakresie wskazanym jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zakwalifikowania uczestnika .

data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

data i podpis uczestnika projektu

Oświadczenia w związku z panującą epidemią COVID-19*

*należy wypełnić nie wcześniej niż na 3 dni przed rozpoczęciem wybranego projektu.

Imię i nazwisko uczestnika projektu	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika obozu	

Ja, jako pełnoprawny opiekun w/w uczestnika projektu/ pełnoletni uczestnik projektu, oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie, organizowanych zajęciach i warsztatach w czasie wystąpienia pandemii;
2. zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa w projekcie organizowanego przez Towarzystwo Ochrony Praw i Godności Dziecka "Wyspa" oraz akceptuję w/w regulamin;
3. w dniu warsztatów/wycieczek brak u uczestnika projektu infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną; (Jeżeli dziecko jest chore, nie wysyłam go na zajęcia)
4. nie zamieszkiwałam/a z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miałam/a kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przed warsztatami/wycieczkami;
5. jest przygotowany/a do stosowania się do wytycznych i regulaminów uczestnictwa związanych z zachowaniem dystansu społecznego oraz przestrzegania wzmożonych zasad higieny, stosownie do obowiązujących w czasie trwania wypoczynku ograniczeń i nakazów ustalonych przez Radę Ministrów;
6. osoba odprowadzająca dziecko na zbiórkę lub warsztaty, nie ma objawów infekcji lub choroby zakaźnej, nie zamieszkiwała z osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych w okresie 14 dni przed rozpoczęciem danej aktywności;
7. zdaje sobie sprawę, że nie ma gwarancji, iż udział w projekcie nie spowoduje zwiększenia ryzyka zakażenia koronawirusem i wystąpienia choroby COVID-19. Mam świadomość, że ryzyko takie istnieje i że w/w choroba może prowadzić do ujemnych skutków dla mojego zdrowia i życia.
8. jestem świadomy tego, że organizator zastrzega sobie prawo do odwołania projektu w razie pogorszenia sytuacji epidemiologicznej, nałożenia większych obostrzeń przez państwo Polskie lub zamknięcia granic.

Zobowiązuję się:

1. do niezwłocznego odbioru dziecka w przypadku wystąpienia u dziecka niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności) - w przypadku, gdy po konsultacji z lekarzem nie będzie konieczności wcześniejszej hospitalizacji dziecka;
2. jeżeli dziecko choruje na chorobę przewlekłą, mogącą narazić je na cięższy przebieg zakażenia, do poinformowania organizatora o tym fakcie na etapie zgłaszania udziału w projekcie w karcie zgłoszeniowej lub w osobnym oświadczeniu. (To samo dotyczy pełnoletniego uczestnika wypoczynku. W przypadku występowania u uczestnika chorób przewlekłych konieczne jest dostarczenie opinii lekarskiej o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w obozie.)
3. do zaopatrzenia uczestnika projektu w indywidualne osłony nosa i ust na czas podróży oraz trwania działań.(To samo dotyczy pełnoletniego uczestnika wypoczynku.)
4. do pouczenia uczestnika projektu odnośnie przestrzegania zasad bezpieczeństwa w związku z panującą epidemią COVID-19.

(miejsowość i data)

(podpis opiekuna prawnego/ pełnoletniego uczestnika obozu)

Oświadczenie dot. hospitalizacji dziecka

Ja, niżej podpisana/ny _____
(imię i nazwisko rodzica)

Legitymująca/y się dowodem osobistym _____
(numer i seria)

nr PESEL _____,
zamieszkała/y _____
(adres)

wyrażam zgodę na leczenie szpitalne i wykonanie wszelkich niezbędnych badań mojego dziecka

_____ (imię i nazwisko dziecka)
o numerze PESEL _____ w czasie
przebywania dziecka na projekcie organizowanym przez Towarzystwo Ochrony Praw i Godności
Dziecka "Wyspa" w Chorzowie na ul. Styczyńskiego 13 B w terminie _____.

wyraźny i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego