**KARTA POBYTU I KWALIFIKACYJNA WYCHOWANKA DWDz GREEN REST**

**I. INFORMACJE O PLACÓWCE**

1. Adres placówki : Dom Wczasów Dziecięcych ,,Green Rest” w Dusznikach i Polanicy-Zdroju

ul. Wojska polskiego 33, 57-340 Duszniki-Zdrój ; ul. Dębowa 14 , 57-320 Polanica Zdrój

2. Telefon kontaktowy dla rodziców: (74)8669356, (74)8698808

3. Czas trwania pobytu od 15 XI 2024 do 17 XI 2024

……………………………….. dnia …………………… ……………………………………

(miejscowość) (podpis Dyrektora placówki)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA DO PLACÓWKI**

1. Imię i nazwisko dziecka .........................................................

2. Data i miejsce urodzenia .........................................................

3. Pesel …………………………………

4. Adres zamieszkania ................................................................................................................

5. Nazwa i adres szkoły ............................................................................................ klasa ..........

6. Imię i nazwisko rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na pobycie:

matka…………………………………………………………

ojciec…………………………………………………………

7. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce

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

Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego wychowanka pobytu w czasie jego trwania ………………………………………………………

Jednocześnie upoważniam Fundację Matematyków Wrocławskich reprezentowaną przez przewodniczącą Zarządu Annę Wysoczańską-Kulę do zawarcia w moim imieniu umowy dotyczącej pobytu mojego syna/córki w placówce DWDz Green Rest w dniach od 15 XI 2024 do 17 XI 2024 na turnusie edukacyjnym zorganizowanym i prowadzonym przez DWDz Green Rest, którego celem jest kształcenie lub wspieranie i uzupełnianie kształcenia mojego dziecka z jednoczesnym wspieraniem Jego fizycznego i psychicznego rozwoju, wzmocnieniem kondycji psychofizycznej i kształtowaniem zachowań prozdrowotnych oraz dokonania przez podany podmiot płatności za pobyt mojego dziecka. W/w upoważnienie dotyczy również odbioru informacji  
o bieżących ocenach, zachowaniu oraz kondycji psycho-fizycznej, mojego dziecka w trakcie pobytu w DWD ,,Green Rest” oraz zobowiązuje się do przekazania w/w informacji dyrektorowi szkoły, do której uczęszcza moje dziecko.

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

(miejscowość i data) (podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA, ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNYM I STOSOWANEJ DIECIE** **(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)**

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

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

**III a . Nazwa i adres Przychodni Zdrowia , z której korzysta dziecko**

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

NIP Przychodni ……………………………………………………………………….………………………………………………………...

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego ………………………………………………………………………………………………………………………….

**III.b INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O ZAINTERESOWANIACH I UZDOLNIENIACH DZIECKA LUB O SPECIALNYCH POTRZEBACH DZIECKA (np. potrzeby wynikające z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym)**

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

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

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

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

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

(data i podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH**

**lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień**

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec .......................,

błonica .............., dur …................, inne ..........................

**................................................................... ………..........................................................................**

(data i podpis lekarza lub rodzica) (podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. INFORMACJA SZKOŁY/ WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

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

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

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

(data i podpis wychowawcy lub rodzica –opiekuna prawnego)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na pobyt w placówce

2. Odmówić skierowania dziecka do placówki ze względu:

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

……………………………………….

(data i podpis Dyrektora placówki)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE**

Dziecko przebywało w Domu Wczasów Dziecięcych ,, Green Rest ”w Dusznikach - Zdroju / Polanicy Zdroju

od dnia …........................ do dnia …........................ 201…. R.

………………………………………………

(podpis Dyrektora placówki)

**IX.WARUNKI UCZESTNICTWA W POBYCIE W DWDz GREEN REST**

1.Wychowanek zobowiązany jest stosować się do regulaminu Domu Wczasów Dziecięcych, w szczególności dotyczy to zakazu palenie tytoniu, picia napojów zawierających alkohol, zażywania środków odurzających. W przypadku poważnego naruszenia regulaminu, wychowanek może zostać wydalony z placówki na koszt rodziców

(opiekunów).

2.Wychowanek zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich zajęciach organizowanych przez Dom Wczasów określonych w planie pobytu- turnusu edukacyjnego i umowie. Ponadto stosować się do poleceń nauczycieli, wychowawców , opiekunów i pracowników Domu Wczasów.

3.Dom Wczasów Dziecięcych nie ponosi odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez wychowanków podczas pobytu.

4.W przypadku stałych schorzeń wymagających systematycznego zażywania leków wychowanek obowiązany jest do posiadania ich we własnym zakresie, a informację o ilości i sposobie rodzic lub opiekun prawny podaje w formie pisemnej placówce lub przekazuje zlecenie lekarza na podawanie leków.

5.Wychowanek za pośrednictwem rodziców (opiekunów prawnych) ponosi odpowiedzialność materialną za wyrządzone szkody w placówce w trakcie pobytu.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się oraz moje dziecko z w/w warunkami pobytu oraz regulaminem dostępnym na stronie placówki** [**www.dwdgreenrest.pl**](http://www.dwdgreenrest.pl) **– zakładka do pobrania. Swoim podpisem akceptuję zasady obowiązujące w Domu Wczasów Dziecięcych Green Rest**

**Podałam/em wszystkie istotne informacje o stanie zdrowia mojego dziecka.**

………………………………………………………………………………….………………….………. (podpis rodzica/opiekuna prawnego)

W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka **zgadzam się / nie zgadzam się\*** na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacyjne.

**\*niepotrzebne skreślić**

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

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić)**na zamieszczanie zdjęć i przekazów multimedialnych z wizerunkiem mojego dziecka w materiałach dokumentujących pobyt w placówce i bieżącej statutowej (edukacyjnej) i promującej działalności placówki. Materiały dokumentujące pobyt wychowankowie Domu Wczasów otrzymują w postaci linku do pobrania lub na nośnikach elektronicznych.

…………………………………………………….………………….……….

(podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV, V karty informacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r., poz. 1000), Rozporządzeniem 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) (Dz.U.UE.L. z 2016r.119.1).

…………………………………………………….………………….……….

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 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 (*4.5.2016 L 119/40 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)*

**informuję, że**:

1. Administratorem danych osobowych rodziców / prawnych opiekunów i uczestników przebywających na pobycie w placówce jest Dom Wczasów Dziecięcych Green Rest z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 33, 57-340 Dusznki Zdrój , tel: **74 866 93 56** , e-mail: **greenrest@dwdgreenrest.pl**
2. Dane osobowe rodziców / opiekunów prawnych i uczestników będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c,ogólnego rozporządzenie RODO o ochronie danych w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w Ustawie – Prawo oświatowe z dn. 14 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 996) oraz Ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 2198), w celu realizacji zadań statutowych placówki.
3. Odbiorcami danych osobowych rodziców / opiekunów prawnych i uczestników będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Dane osobowe rodzica / opiekuna prawnego i uczestnika przechowywane będą przez okres 5 lat od momentu ukończenia pobytu w placówce.
5. Kategorie przetwarzania danych: imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, PESEL, adres zamieszkania, telefon, imię i nazwisko rodziców / opiekunów prawnych, adres zamieszkania rodziców / opiekunów prawnych, nazwa i adres szkoły, klasa, informacje o stanie zdrowia i o indywidualnych potrzebach dziecka.
6. Rodzic /opiekun prawny, uczestnik posiada prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
7. Prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie nie obowiązuje, ze względu na przetwarzanie danych na podstawie przepisów prawa.
8. Rodzicom /opiekunom prawnym, uczestnikom przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w, tym samym brak ich podania oraz przekazania będzie równoznaczny z brakiem możliwości realizacji zadań statutowych przez placówkę.

**Dyrektor DWDz Green Rest**